Kursbuch 94

Die Seuche

Heinrich Heine, »Es war, als ob die Welt unterginge«
Richard J. Evans, Angst in den Zeiten der Cholera
Rolf Winau, Amors Giftpfeile
Gerd Göckenjan, Das Pest-Regiment
Bernhard Ruf, Der Viruskomplex
Rolf Rosenbrock, HIV-Positivismus
Reimer Hinrichs, Der HIV-Bonus
W. v. d. Daele, Auf der Keimbahn
Joshua Lederberg, Die Rache der Kleinsten
Gorsboth / Wagner, Die Unmöglichkeit der Therapie

Kursbuch / Rotbuch Verlag
November 1988
10 Mark A 20281 F

Goethe-Institut e.V.
Bibliothek
ausgeschieden am: .....

Kursbuch
Herausgegeben von Karl Markus Michel und Tilman Spengler
Unter Mitarbeit von Hans Magnus Enzensberger
Redaktion: Ingrid Karsunke

94 Die Seuche November 1988

Heinrich Heine, »Es war, als ob die Welt unterginge«. Französische Zustände 1832 1
Bernhard Ruf, Mit dem Virus leben 10
Rolf Rosenbrock, HIV-Positivismus. Plädoyer für die Einhaltung der Kunstregeln 21
Aids als Chance? Fragen an einen Infizierten 45
Reimer Hinrichs, Der HIV-Bonus. Schwierigkeiten mit der Normalität einer Krankheit 51
Gerd Göckenjan, Das Pest-Regiment. Zu welchem Zweck Seuchen über die Menschen kommen 68
Richard J. Evans, Angst in den Zeiten der Cholera 89
Rolf Winau, Amors vergiftete Pfeile. Die Lektionen der Syphilis 107
Thomas Gorsboth / Bernd Wagner, Die Unmöglichkeit der Therapie. Am Beispiel der Tuberkulose 123
Joshua Lederberg, Die Rache der Kleinsten. Zur Evolution der Mikroorganismen 149
Wolfgang van den Daele, Auf der Keimbahn. Die Unvermeidbarkeit der High-Tech-Medizin 165
Exkurse: Die gestundete Arbeit 181 / Die Russen kommen 187 / Teure Freiheit 189

Das Kursbuch erscheint einmal im Vierteljahr. Jedes Heft kostet im Jahresabonnement DM 8,50, im Einzelverkauf DM 10. Verlag: Kursbuch Verlag GmbH/Rotbuch Verlag GmbH, Potsdamer Straße 98, 1000 Berlin 30; Telefon 261 1196. Anschrift der Redaktion: Kursbuch Verlag, Niebuhrstraße 77, 1000 Berlin 12, Telefon 881 5059. Die Redaktion lädt zur Einsendung von Manuskripten ein, bittet jedoch darum, Rückporto beizufügen; sie erklärt, daß sie solche Sendungen in der Regel nicht kommentieren und keine Haftung für sie übernehmen kann. Verantwortlich für den Inhalt: Karl Markus Michel und Tilman Spengler. Anzeigenverwaltung: Runze & Casper Verlagsservice OHG, Jungfernstieg 20, 1000 Berlin 45, Telefon 030/772 2443 und 773 3061.
© 1988 Kursbuch Verlag, Berlin. Alle Rechte, auch die der Übersetzung, für sämtliche Beiträge vorbehalten.
Druck und Bindung: Druckerei Wagner GmbH, Nördlingen.
Beilagen: »Kirschkern« Buchversand (Teilbeilage), Klett-Cotta Verlag, Rotbuch Verlag

Heinrich Heine
»Es war, als ob die Welt unterginge«

Französische Zustände 1832

Man hatte jener Pestilenz um so sorgloser entgegengesehn, da aus London die Nachricht angelangt war, daß sie verhältnismäßig nur wenige hingerafft. Es schien anfänglich sogar darauf abgesehen zu sein, sie zu verhöhnen, und man meinte, die Cholera werde ebensowenig wie jede andere große Reputation sich hier in Ansehn erhalten können. Da war es nun der guten Cholera nicht zu verdenken, daß sie aus Furcht vor dem Ridikül zu einem Mittel griff, welches schon Robespierre und Napoleon als probat befunden, daß sie nämlich, um sich in Respekt zu setzen, das Volk dezimiert. Bei dem großen Elende, das hier herrscht, bei der kolossalen Unsauberkeit, die nicht bloß bei den ärmern Klassen zu finden ist, bei der Reizbarkeit des Volks überhaupt, bei seinem grenzenlosen Leichtsinne, bei dem gänzlichen Mangel an Vorkehrungen und Vorsichtsmaßregeln, mußte die Cholera hier rascher und furchtbarer als anderswo um sich greifen. Ihre Ankunft war den 29. März offiziell bekannt gemacht worden, und da dieses der Tag des Mi-Carême[1] und das Wetter sonnig und lieblich war, so tummelten sich die Pariser um so lustiger auf den Boulevards, wo man sogar Masken erblickte, die in karikierter Mißfarbigkeit und Ungestalt die Furcht vor der Cholera und die Krankheit selbst verspotteten. Desselben Abends waren die Redouten besuchter als jemals; übermütiges Gelächter überjauchzte fast die lauteste Musik, man erhitzte sich beim Chahût[2], einem nicht sehr zweideutigen Tanze, man schluckte dabei allerlei Eis und sonstig kaltes Getrinke: als plötzlich der lustigste der Arlequine eine allzu große Kühle in den Beinen verspürte und die Maske abnahm und zu aller Welt Verwunderung ein veilchenblaues Gesicht zum Vorschein kam. Man merkte bald, daß solches kein Spaß sei, und das Gelächter verstummte, und mehrere Wagen voll Menschen fuhr man von der Redoute gleich nach dem Hôtel-Dieu, dem Zentralhospitale, wo sie, in ihren abenteuerlichen Maskenkleidern anlangend, gleich verschieden. Da man in der ersten Bestürzung an Ansteckung glaubte und die ältern Gäste des Hôtel-Dieu ein gräßliches Angstgeschrei erhoben, so sind jene Toten, wie man sagt, so schnell beerdigt worden, daß man ihnen nicht einmal die buntscheckigen Narren-

1 *»Es war, als ob die Welt unterginge«*

kleider auszog, und lustig, wie sie gelebt haben, liegen sie auch lustig im Grabe.

Nichts gleicht der Verwirrung, womit jetzt plötzlich Sicherungsanstalten getroffen wurden. Es bildete sich eine *Commission sanitaire*, es wurden überall *Bureaux de secours* eingerichtet, und die Verordnung in betreff der *Salubrité publique* sollte schleunigst in Wirksamkeit treten. Da kollidierte man zuerst mit den Interessen einiger tausend Menschen, die den öffentlichen Schmutz als ihre Domaine betrachten. Dieses sind die sogenannten Chiffonniers, die von dem Kehricht, der sich des Tags über vor den Häusern in den Kotwinkeln aufhäuft, ihren Lebensunterhalt ziehen. Mit großen Spitzkörben auf dem Rücken und einem Hakenstock in der Hand schlendern diese Menschen, bleiche Schmutzgestalten, durch die Straßen und wissen mancherlei, was noch brauchbar ist, aus dem Kehricht aufzugabeln und zu verkaufen. Als nun die Polizei, damit der Kot nicht lange auf den Straßen liegen bleibe, die Säuberung derselben in Entreprise gab, und der Kehricht, auf Karren verladen, unmittelbar zur Stadt hinausgebracht ward aufs freie Feld, wo es den Chiffonniers freistehen sollte, nach Herzenslust darin herumzufischen: da klagten diese Menschen, daß sie, wo nicht ganz brotlos, doch wenigstens in ihrem Erwerbe geschmälert worden, daß dieser Erwerb ein verjährtes Recht sei, gleichsam ein Eigentum, dessen man sie nicht nach Willkür berauben könne. Es ist sonderbar, daß die Beweistümer, die sie in dieser Hinsicht vorbrachten, ganz dieselben sind, die auch unsere Krautjunker, Zunftherren, Gildemeister, Zehntenprediger, Fakultätsgenossen und sonstige Vorrechtsbeflissene vorzubringen pflegen, wenn die alten Mißbräuche, wovon sie Nutzen ziehen, der Kehricht des Mittelalters, endlich fortgeräumt werden sollen, damit durch den verjährten Moder und Dunst unser jetziges Leben nicht verpestet werde. Als ihre Protestationen nichts halfen, suchten die Chiffonniers gewalttätig die Reinigungsreform zu hintertreiben; sie versuchten eine kleine Konterrevolution und zwar in Verbindung mit alten Weibern, den Revendeuses[3], denen man verboten hatte, das übelriechende Zeug, das sie größtenteils von den Chiffonniers erhandeln, längs den Kais zum Wiederverkaufe auszukramen. Da sahen wir nun die widerwärtigste Emeute: die neuen Reinigungskarren wurden zerschlagen und in die Seine geschmissen; die Chiffonniers barrikadierten sich bei der Porte St.-Denis; mit ihren großen Regenschirmen fochten die alten Trödelweiber auf dem Chatelet; der Generalmarsch erscholl; Casimir Périer ließ seine Myrmidonen aus ihren Butiken heraustrommeln; der Bürgerthron zitterte; die Rente fiel, die Karlisten jauchzten. Letztere hatten endlich ihre natürlichsten Alliierten gefunden, Lumpensammler und alte Trödelweiber, die sich jetzt mit denselben Prinzipien geltend machten, als Verfechter des

Herkömmlichen, der überlieferten Erbkehrichtsinteressen, der Verfaultheiten aller Art.

Als die Emeute der Chiffonniers durch bewaffnete Macht gedämpft worden und die Cholera noch immer nicht so wütend um sich griff, wie gewisse Leute es wünschten, die bei jeder Volksnot und Volksaufregung, wenn auch nicht den Sieg ihrer eigenen Sache, doch wenigstens den Untergang der jetzigen Regierung erhoffen, da vernahm man plötzlich das Gerücht: die vielen Menschen, die so rasch zur Erde bestattet würden, stürben nicht durch eine Krankheit, sondern durch Gift. Gift, hieß es, habe man in alle Lebensmittel zu streuen gewußt, auf den Gemüsemärkten, bei den Bäckern, bei den Fleischern, bei den Weinhändlern. Je wunderlicher die Erzählungen lauteten, desto begieriger wurden sie vom Volke aufgegriffen, und selbst die kopfschüttelnden Zweifler mußten ihnen Glauben schenken, als des Polizeipräfekten Bekanntmachung erschien. Die Polizei, welcher hier wie überall weniger daran gelegen ist, die Verbrechen zu vereiteln, als vielmehr sie gewußt zu haben, wollte entweder mit ihrer allgemeinen Wissenschaft prahlen, oder sie gedachte, bei jenen Vergiftungsgerüchten, sie mögen wahr oder falsch sein, wenigstens von der Regierung jeden Argwohn abzuwenden: genug, durch ihre unglückselige Bekanntmachung, worin sie ausdrücklich sagte, daß sie den Giftmischern auf der Spur sei, ward das böse Gerücht offiziell bestätigt, und ganz Paris geriet in die grauenhafteste Todesbestürzung.

»Das ist unerhört«, schrien die ältesten Leute, die selbst in den grimmigsten Revolutionszeiten keine solche Frevel erfahren hatten. »Franzosen, wir sind entehrt!« riefen die Männer und schlugen sich vor die Stirne. Die Weiber mit ihren kleinen Kindern, die sie angstvoll an ihr Herz drückten, weinten bitterlich und jammerten: daß die unschuldigen Würmchen in ihren Armen stürben. Die armen Leute wagten weder zu essen noch zu trinken und rangen die Hände vor Schmerz und Wut. Es war, als ob die Welt unterginge. Besonders an den Straßenecken, wo die rotangestrichenen Weinläden stehen, sammelten und berieten sich die Gruppen, und dort war es meistens, wo man die Menschen, die verdächtig aussahen, durchsuchte, und wehe ihnen, wenn man irgend etwas Verdächtiges in ihren Taschen fand! Wie wilde Tiere, wie Rasende fiel dann das Volk über sie her. Sehr viele retteten sich durch Geistesgegenwart; viele wurden durch die Entschlossenheit der Kommunalgarden, die an jenem Tage überall herumpatrouillierten, der Gefahr entrissen; andere wurden schwer verwundet und verstümmelt; sechs Menschen wurden aufs unbarmherzigste ermordet. Es gibt keinen gräßlichern Anblick als solchen Volkszorn, wenn er nach Blut lechzt und seine wehrlosen Opfer hinwürgt. Dann wälzt sich durch die

Straßen ein dunkles Menschenmeer, worin hie und da die Ouvriers in Hemdärmeln wie weiße Sturzwellen hervorschäumen, und das heult und braust, gnadenlos, heidnisch, dämonisch. An der Straße St.-Denis hörte ich den altberühmten Ruf »à la lanterne!« und mit Wut erzählten mir einige Stimmen, man hänge einen Giftmischer. Die einen sagten, er sei ein Karlist, man habe ein *brevet du lis*[4] in seiner Tasche gefunden; die andern sagten, es sei ein Priester, ein solcher sei alles fähig. Auf der Straße Vaugirard, wo man zwei Menschen, die ein weißes Pulver bei sich gehabt, ermordete, sah ich einen dieser Unglücklichen, als er noch etwas röchelte und eben die alten Weiber ihre Holzschuhe von den Füßen zogen und ihn damit so lange auf den Kopf schlugen, bis er tot war. Er war ganz nackt und blutrünstig zerschlagen und zerquetscht; nicht bloß die Kleider, sondern auch die Haare, die Scham, die Lippen und die Nase waren ihm abgerissen, und ein wüster Mensch band dem Leichname einen Strick um die Füße und schleifte ihn damit durch die Straße, während er beständig schrie: »Voilà le Choléramorbus!« Ein wunderschönes, wutblasses Weibsbild mit entblößten Brüsten und blutbedeckten Händen stand dabei und gab dem Leichname, als er ihr nahe kam, noch einen Tritt mit dem Fuße. Sie lachte und bat mich, ihrem zärtlichen Handwerke einige Franks zu zollen, damit sie sich dafür ein schwarzes Trauerkleid kaufe; denn ihre Mutter sei vor einigen Stunden gestorben, an Gift.

Des andern Tags ergab sich aus den öffentlichen Blättern, daß die unglücklichen Menschen, die man so grausam ermordet hatte, ganz unschuldig gewesen, daß die verdächtigen Pulver, die man bei ihnen gefunden, entweder aus Kampfer oder Chlorüre oder sonstigen Schutzmitteln gegen die Cholera bestanden, und daß die vorgeblich Vergifteten ganz natürlich an der herrschenden Seuche gestorben waren. Das hiesige Volk, das, wie das Volk überall, rasch in Leidenschaft geratend, zu Greueln verleitet werden kann, kehrt jedoch ebenso rasch zur Milde zurück und bereut mit rührendem Kummer seine Untat, wenn es die Stimme der Besonnenheit vernimmt. Mit solcher Stimme haben die Journale gleich des andern Morgens das Volk zu beschwichtigen und zu besänftigen gewußt, und es mag als ein Triumph der Presse signalisiert werden, daß sie im stande war, dem Unheile, welches die Polizei angerichtet, so schnell Einhalt zu tun. Rügen muß ich hier das Benehmen einiger Leute, die eben nicht zur untern Klasse gehören und sich doch vom Unwillen so weit hinreißen ließen, daß sie die Partei der Karlisten öffentlich der Giftmischerei bezüchtigten. So weit darf die Leidenschaft uns nie führen; wahrlich, ich würde mich sehr lange bedenken, ehe ich gegen meine giftigsten Feinde solche gräßliche Beschuldigung ausspräche. Mit Recht in dieser Hinsicht beklagten sich die Karlisten. Nur daß sie dabei so

laut schimpfend sich gebärdeten, könnte mir Argwohn einflößen; das ist sonst nicht die Sprache der Unschuld. Aber es hat nach der Überzeugung der Bestunterrichteten gar keine Vergiftung stattgefunden. Man hat vielleicht Scheinvergiftungen angezettelt, man hat vielleicht wirklich einige Elende gedungen, die allerlei unschädliche Pulver auf die Lebensmittel streuten, um das Volk in Unruhe zu setzen und aufzureizen; war dieses letztere der Fall, so muß man dem Volke sein tumultuarisches Verfahren nicht zu hoch anrechnen, um so mehr, da es nicht aus Privathaß entstand, sondern »im Interesse des allgemeinen Wohls ganz nach den Prinzipien der Abschreckungstheorie«. Ja, die Karlisten waren vielleicht in die Grube gestürzt, die sie der Regierung gegraben; nicht dieser, noch viel weniger den Republikanern wurden die Vergiftungen allgemein zugeschrieben, sondern jener Partei, »die immer durch die Waffen besiegt, durch feige Mittel sich immer wieder erhob, die immer nur durch das Unglück Frankreichs zu Glück und Macht gelangte, und die jetzt, die Hülfe der Kosaken entbehrend, wohl leichtlich zu gewöhnlichem Gifte ihre Zuflucht nehmen konnte«. So ungefähr äußerte sich der *Constitutionnel*.

Was ich selbst an dem Tage, wo jene Totschläge stattfanden, an besonderer Einsicht gewann, das war die Überzeugung, daß die Macht der älteren Bourbone nie und nimmermehr in Frankreich gedeihen wird. Ich hatte aus den verschiedenen Menschengruppen die merkwürdigsten Worte gehört; ich hatte tief hinabgeschaut in das Herz des Volkes; es kennt seine Leute.

Seitdem ist hier alles ruhig; l'ordre règne à Paris, würde Horatius Sebastiani[5] sagen. Eine Totenstille herrscht in ganz Paris. Ein steinerner Ernst liegt auf allen Gesichtern. Mehrere Abende lang sah man sogar auf den Boulevards wenig Menschen, und diese eilten einander schnell vorüber, die Hand oder ein Tuch vor dem Munde. Die Theater sind wie ausgestorben. Wenn ich in einen Salon trete, sind die Leute verwundert, mich noch in Paris zu sehen, da ich doch hier keine notwendigen Geschäfte habe. Die meisten Fremden, namentlich meine Landsleute, sind gleich abgereist. Gehorsame Eltern hatten von ihren Kindern Befehl erhalten, schleunigst nach Hause zu kommen. Gottesfürchtige Söhne erfüllten unverzüglich die zärtliche Bitte ihrer lieben Eltern, die ihre Rückkehr in die Heimat wünschten; ehre Vater und Mutter, damit du lange lebest auf Erden! Bei andern erwachte plötzlich eine unendliche Sehnsucht nach dem teuern Vaterlande, nach den romantischen Gauen des ehrwürdigen Rheins, nach den geliebten Bergen, nach dem holdseligen Schwaben, dem Lande der frommen Minne, der Frauentreue, der gemütlichen Lieder und der gesündern Luft. Man sagt, auf dem Hôtel de Ville seien seitdem über 120000 Pässe ausgegeben worden. Obgleich die Cholera sichtbar zunächst die ärmere Klasse angriff, so

5 *»Es war, als ob die Welt unterginge«*

haben doch die Reichen gleich die Flucht ergriffen. Gewissen Parvenüs war es nicht zu verdenken, daß sie flohen; denn sie dachten wohl, die Cholera, die weit aus Asien komme, weiß nicht, daß wir in der letzten Zeit viel Geld an der Börse verdient haben, und sie hält uns vielleicht noch für einen armen Lump und läßt uns ins Gras beißen. Herr Aguado[5], einer der reichsten Bankiers und Ritter der Ehrenlegion, war Feldmarschall bei jener großen Retirade. Der Ritter soll beständig mit wahnsinniger Angst zum Kutschenfenster hinausgesehen und seinen blauen Bedienten, der hinten aufstand, für den leibhaftigen Tod, den Cholera-morbus, gehalten haben.
Das Volk murrte bitter, als es sah, wie die Reichen flohen und bepackt mit Ärzten und Apotheken sich nach gesündern Gegenden retteten. Mit Unmut sah der Arme, daß das Geld auch ein Schutzmittel gegen den Tod geworden. Der größte Teil des Justemilieu und der haute Finance ist seitdem ebenfalls davongegangen und lebt auf seinen Schlössern. Die eigentlichen Repräsentanten des Reichtums, die Herren von Rothschild, sind jedoch ruhig in Paris geblieben, hierdurch beurkundend, daß sie nicht bloß in Geldgeschäften großartig und kühn sind. Auch Casimir Périer[7] zeigte sich großartig und kühn, indem er nach dem Ausbruche der Cholera das Hôtel-Dieu besuchte; sogar seine Gegner mußte es betrüben, daß er in der Folge dessen bei seiner bekannten Reizbarkeit selbst von der Cholera ergriffen worden. Er ist ihr jedoch nicht unterlegen, denn er selber ist eine schlimmere Krankheit. Auch der junge Kronprinz, der Herzog von Orleans, welcher in Begleitung Périers das Hospital besuchte, verdient die schönste Anerkennung. Die ganze königliche Familie hat sich in dieser trostlosen Zeit ebenfalls rühmlich bewiesen. Beim Ausbruche der Cholera versammelte die gute Königin ihre Freunde und Diener und verteilte unter ihnen Leibbinden von Flanell, die sie meistens selbst verfertigt hat. Die Sitten der alten Chevalerie sind nicht erloschen; sie sind nur ins Bürgerliche umgewandelt; hohe Damen versehen ihre Kämpen jetzt mit minder poetischen, aber gesündern Schärpen. Wir leben ja nicht mehr in den alten Helm- und Harnischzeiten des kriegerischen Rittertums, sondern in der friedlichen Bürgerzeit der warmen Leibbinden und Unterjacken; wir leben nicht mehr im eisernen Zeitalter, sondern im flanellenen. Flanell ist wirklich jetzt der beste Panzer gegen die Angriffe des schlimmsten Feindes, gegen die Cholera. »Venus würde heutzutage«, sagt ›Figaro‹, »einen Gürtel von Flanell tragen. Ich selbst stecke bis am Halse in Flanell und dünke mich dadurch cholerafest. Auch der König trägt jetzt eine Leibbinde vom besten Bürgerflanell.«
Ich darf nicht unerwähnt lassen, daß er, der Bürgerkönig, bei dem allgemeinen Unglücke viel Geld für die armen Bürger hergegeben und sich bürgerlich mitfühlend und edel benommen hat. – Da ich mal im Zuge bin, will ich

auch den Erzbischof von Paris loben, welcher ebenfalls im Hôtel-Dieu, nachdem der Kronprinz und Périer dort ihren Besuch abgestattet, die Kranken zu trösten kam. Er hatte längst prophezeit, daß Gott die Cholera als Strafgericht schicken werde, um ein Volk zu züchtigen, »welches den allerchristlichsten König fortgejagt und das katholische Religionsprivilegium in der Charte abgeschafft hat«. Jetzt, wo der Zorn Gottes die Sünder heimsucht, will Herr von Quelen sein Gebet zum Himmel schicken und Gnade erflehen, wenigstens für die Unschuldigen; denn es sterben auch viele Karlisten. Außerdem hat Herr von Quelen, der Erzbischof, sein Schloß Conflans angeboten zu Errichtung eines Hospitals. Die Regierung hat aber dieses Anerbieten abgelehnt, da dieses Schloß in wüstem, zerstörtem Zustande ist und die Reparaturen zu viel kosten würden. Außerdem hatte der Erzbischof verlangt, daß man ihm in diesem Hospitale freie Hand lassen müsse. Man durfte aber die Seelen der armen Kranken, deren Leiber schon an einem schrecklichen Übel litten, nicht den quälenden Rettungsversuchen aussetzen, die der Erzbischof und seine geistlichen Gehülfen beabsichtigten; man wollte die verstockten Revolutionssünder lieber ohne Mahnung an ewige Verdammnis und Höllenqual, ohne Beicht' und Ölung, an der bloßen Cholera sterben lassen. Obgleich man behauptet, daß der Katholizismus eine passende Religion sei für so unglückliche Zeiten wie die jetzigen, so wollen doch die Franzosen sich nicht mehr dazu bequemen, aus Furcht, sie würden diese Krankheitsreligion alsdann auch in glücklichen Tagen behalten müssen.

Es gehen jetzt viele verkleidete Priester im Volke herum und behaupten, ein geweihter Rosenkranz sei ein Schutzmittel gegen die Cholera. Die Saint-Simonisten rechnen zu den Vorzügen ihrer Religion, daß kein Saint-Simonist an der herrschenden Krankheit sterben könne; denn da der Fortschritt ein Naturgesetz sei und der soziale Fortschritt im Saint-Simonismus liege, so dürfe, solange die Zahl seiner Apostel noch unzureichend ist, keiner von denselben sterben. Die Bonapartisten behaupten: wenn man die Cholera an sich verspüre, so solle man gleich zur Vendomesäule hinaufschauen: man bleibe alsdann am Leben. So hat jeder seinen Glauben in dieser Zeit der Not. Was mich betrifft, ich glaube an Flanell. Gute Diät kann auch nicht schaden, nur muß man wieder nicht zu wenig essen wie gewisse Leute, die des Nachts die Leibschmerzen des Hungers für Cholera halten. Es ist spaßhaft, wenn man sieht, mit welcher Poltronerie die Leute jetzt bei Tische sitzen und die menschenfreundlichsten Gerichte mit Mißtrauen betrachten und tief seufzend die besten Bissen hinunterschlucken. Man soll, haben ihnen die Ärzte gesagt, keine Furcht haben und jeden Ärger vermeiden; nun aber fürchten sie, daß sie sich mal unversehens ärgern möchten, und ärgern

sich wieder, daß sie deshalb Furcht hatten. Sie sind jetzt die Liebe selbst und gebrauchen oft das Wort *mon Dieu*, und ihre Stimme ist hingehaucht milde wie die einer Wöchnerin. Dabei riechen sie wie ambulante Apotheken, fühlen sich oft nach dem Bauche, und mit zitternden Augen fragen sie jede Stunde nach der Zahl der Toten. Daß man diese Zahl nie genau wußte, oder vielmehr, daß man von der Unrichtigkeit der angegebenen Zahl überzeugt war, füllte die Gemüter mit vagem Schrecken und steigerte die Angst ins Unermeßliche. In der Tat, die Journale haben seitdem eingestanden, daß in Einem Tage, nämlich den zehnten April, an die zweitausend Menschen gestorben sind. Das Volk ließ sich nicht offiziell täuschen und klagte beständig, daß mehr Menschen stürben, als man angebe. Mein Barbier erzählte mir, daß eine alte Frau auf dem Faubourg Montmartre die ganze Nacht am Fenster sitzen geblieben, um die Leichen zu zählen, die man vorbeitrüge; sie habe dreihundert Leichen gezählt, worauf sie selbst, als der Morgen anbrach, von dem Froste und den Krämpfen der Cholera ergriffen ward und bald verschied. Wo man nur hinsah auf den Straßen, erblickte man Leichenzüge oder, was noch melancholischer aussieht, Leichenwagen, denen niemand folgte. Da die vorhandenen Leichenwagen nicht zureichten, mußte man allerlei andere Fuhrwerke gebrauchen, die, mit schwarzem Tuch überzogen, abenteuerlich genug aussahen. Auch daran fehlte es zuletzt, und ich sah Särge in Fiakern fortbringen; man legte sie in die Mitte, so daß aus den offenen Seitentüren die beiden Enden herausstanden. Widerwärtig war es anzuschauen, wenn die großen Möbelwagen, die man beim Ausziehen gebraucht, jetzt gleichsam als Totenomnibusse, als *omnibus mortuis*, herumfuhren und sich in den verschiedenen Straßen die Särge aufladen ließen und sie dutzendweise zur Ruhestätte brachten.

Die Nähe eines Kirchhofs, wo die Leichenzüge zusammentrafen, gewährte erst recht den trostlosesten Anblick. Als ich einen guten Bekannten besuchen wollte und eben zur rechten Zeit kam, wo man seine Leiche auflud, erfaßte mich die trübe Grille, eine Ehre, die er mir mal erwiesen, zu erwidern, und ich nahm eine Kutsche und begleitete ihn nach Père Lachaise. Hier nun, in der Nähe dieses Kirchhofs, hielt plötzlich mein Kutscher still, und als ich aus meinen Träumen erwachend mich umsah, erblickte ich nichts als Himmel und Särge. Ich war unter einige hundert Leichenwagen geraten, die vor dem engen Kirchhofstore gleichsam Queue machten, und in dieser schwarzen Umgebung, unfähig mich herauszuziehen, mußte ich einige Stunden ausdauern. Aus Langerweile frug ich den Kutscher nach dem Namen meiner Nachbarleiche, und, wehmütiger Zufall! er nannte mir da eine junge Frau, deren Wagen einige Monate vorher, als ich zu Lointier nach einem Balle fuhr, in ähnlicher Weise einige Zeit neben dem meinigen

stille halten mußte. Nur daß die junge Frau damals mit ihrem hastigen Blumenköpfchen und lebhaften Mondscheingesichtchen öfters zum Kutschenfenster hinausblickte und über die Verzögerung ihre holdeste Mißlaune ausdrückte. Jetzt war sie sehr still und vielleicht blau. Manchmal jedoch, wenn die Trauerpferde an den Leichenwagen sich schaudernd unruhig bewegten, wollte es mich bedünken, als regte sich die Ungeduld in den Toten selbst, als seien sie des Wartens müde, als hätten sie Eile, ins Grab zu kommen; und wie nun gar an dem Kirchhofstore ein Kutscher dem andern vorauseilen wollte und der Zug in Unordnung geriet, die Gendarmen mit blanken Säbeln dazwischen fuhren, hie und da ein Schreien und Fluchen entstand, einige Wagen umstürzten, die Särge auseinander fielen, die Leichen hervorkamen: da glaubte ich die entsetzlichste aller Emeuten zu sehen, eine Totenemeute.

Ich will, um die Gemüter zu schonen, hier nicht erzählen, was ich auf dem Père Lachaise gesehen habe. Genug, gefesteter Mann wie ich bin, konnte ich mich doch des tiefsten Grauens nicht mehr erwehren. Man kann an den Sterbebetten das Sterben lernen und nachher mit heiterer Ruhe den Tod erwarten; aber das Begrabenwerden unter die Choleraleichen, in die Kalkgräber, das kann man nicht lernen. Ich rettete mich so rasch als möglich auf den höchsten Hügel des Kirchhofs, wo man die Stadt so schön vor sich liegen sieht. Eben war die Sonne untergegangen, ihre letzten Strahlen schienen wehmütig Abschied zu nehmen, die Nebel der Dämmerung umhüllten wie weiße Laken das kranke Paris, und ich weinte bitterlich über die unglückliche Stadt, die Stadt der Freiheit, der Begeisterung und des Martyrtums, die Heilandstadt, die für die weltliche Erlösung der Menschheit schon so viel gelitten!

Anmerkungen

1 Fasten.
2 Unzüchtiger Tanz, Cancan.
3 Trödlerinnen.
4 Soviel wie ein bourbonisches Diplom, ein bourbonischer Gnadenbrief. Die Lilie ist das Sinnbild des Königtums der älteren Linie.
5 Von 1830 bis 1832 Außenminister.
6 Alexandre Aguado, Marques de la Marismas del Guadalquivir (1784-1842), Bankier in Paris.
7 Casimir Périer (1777-1832) löste 1831 Laffitte als Ministerpräsident ab; starb 1832 tatsächlich an der Cholera.

Bernhard Ruf
Mit dem Virus leben

Die bahnbrechenden Arbeiten von Louis Pasteur und Robert Koch setzten einen Erkenntnisprozeß in Gang, der zu der Einsicht führte, daß die Existenz des Makroorganismus Mensch nur im Zusammenhang mit und in Abhängigkeit von seiner bis dahin nicht einmal erahnten mikroorganismischen Umwelt gesehen werden kann. Die in der Folgezeit lawinenhaft anwachsenden Entdeckungen auf dem Gebiet der Mikrobiologie führten bei den Naturforschern schon sehr früh zu der Erkenntnis, daß man den Mikrokosmos nicht nur als »feindlich« sehen darf, sondern ihm auch seine Nützlichkeit und, wie sich dann herausstellte, seine Unentbehrlichkeit zuerkennen muß. Über viele Jahrzehnte beschrieben Begriffe aus der Militärsprache die Beziehung des Menschen zu seiner unsichtbaren belebten Umwelt. Ein Freund-Feind-Denken herrschte vor: der Körper kämpfte gegen den Erreger, er entwickelte Abwehrkräfte, zeigte ein Resistenzverhalten, ihm wurde mit therapeutischen Strategien geholfen, er unterlag übermächtigen Feinden.

Diese anthropozentrische Betrachtungsweise hat bis in die heutige Zeit den Blick dafür vernebelt, daß vitale Gefährdungen des Menschen durch Mikroorganismen im Hinblick auf den Artbestand nicht existieren. Niemals kommt es in der Natur vor, daß eine makroorganismische Population von einem bestimmten Mikroorganismus getilgt wird, denn dies würde auch zur Liquidation jener mikroorganismischen Spezies führen. Wenigstens die Fortpflanzungsfähigkeit und Filialgenerationen müssen erhalten bleiben, um dem Mikroorganismus die Arterhaltung zu sichern. Mutative Schritte bei Mikroorganismen, welche die Pathogenität des Erregers so verstärken würden, daß der von ihnen befallene Makroorganismus regelmäßig getötet würde, hätten nie die Chance, sich gegenüber den genetischen Eigenschaften des Ausgangsstammes durchzusetzen. Auch mußte man lernen, daß unter Tausenden von unterschiedlichen Arten von Mikroorganismen nur ein verschwindend kleiner Teil beim Menschen Krankheiten »erregen« kann.

Erst in den letzten Jahrzehnten begriff man, daß diese Anfälligkeit der Spe-

zies Mensch gegenüber einigen wenigen Spezies von Mikroorganismen auf genetisch determinierte Eigenschaften des Menschen zurückzuführen ist. Dies gilt für andere, höher entwickelte Lebewesen, z. B. Säugetiere, ebenso, nur daß deren Empfänglichkeit einen anderen Anteil aus dem Mikrokosmos betrifft. Je näher höherentwickelte Lebewesen genetisch verwandt sind, umso eher sind Überlappungen bei der genetisch determinierten Empfänglichkeit zu erwarten. Dies erklärt, warum die Infektionsquellen für Menschen in erster Linie beim Menschen, bei der durch den Menschen kontaminierten Umwelt und bei einigen Säugetieren (Zooanthroponosen) zu suchen sind. Dies erklärt aber auch, warum die gewachsenen und sich ständig weiterentwickelnden soziologischen Strukturen der Menschheit im positiven wie im negativen Sinne erheblichen Einfluß nehmen auf die Epidemiologie von Infektionserregern und die von ihnen möglicherweise hervorgerufenen Infektionskrankheiten. So sind z. B. Geschlechtskrankheiten ein negatives Abfallprodukt der menschlichen soziologischen Entwicklung. Im Tierreich sind sie nur dort bekannt, wo der Mensch in den natürlichen Ablauf eingegriffen hat, wie bei der Domestizierung und Herdenhaltung von ehemaligen Wildtieren. Die seuchenhafte Ausbreitung von Infektionserkrankungen und bei manchen Erregern die Dezimierung oder nahezu Tilgung ganzer Populationen oder Subpopulationen war erst möglich, als die soziologischen Strukturen dazu die Voraussetzungen geschaffen hatten.

Die Frage ist, warum der Mensch für einen verschwindend kleinen Anteil der ihn umgebenden mikroorganismischen Umwelt besondere Verhaltensweisen entwickelt hat, während er sich gegenüber der abundanten Mehrheit aller anderen Mikroorganismen inert verhält. Das hängt damit zusammen, daß evolutionsgeschichtlich der Mikrokosmos wesentlich älter ist als die hochorganisierten Säugetiere. Nur jene Arten konnten ihren Bestand erhalten, denen die Natur Wachstums- und Vermehrungsmöglichkeiten sicherstellte. Handelte es sich um Mikroorganismen, welche Makroorganismen besiedelten, mußten sie den evolutiven Schritten dieser Makroorganismen folgen. Das konnte nur geschehen, wenn bestimmte Empfänglichkeitsmerkmale dieser Makroorganismen über die evolutiven Schritte hinweg weitergegeben wurden. Akzeptiert man diese Hypothese, so wird verständlich, daß der Mensch genetisch determinierte Empfänglichkeiten für Erreger haben kann, die es vielleicht gar nicht mehr gibt oder nur an solchen Stellen, wo fehlende Kommunikation ihre Identifizierung bisher unmöglich gemacht hat. In diesem Zusammenhang sei an die Einschleppung des Lassa-Virus erinnert, das erst in jüngster Zeit entdeckt wurde, obwohl es unzweifelhaft in bestimmten Biotopen Afrikas immer vorhanden war. Das gilt sicher auch für den Aids-Erreger, der auf natürlichem »Wege« nur von der

Mutter auf ihr ungeborenes Kind und sexuell übertragen werden kann. Alle anderen Übertragungswege müssen als unnatürlich angesehen werden, weil intravenöse Drogensucht und Bluttransfusionen keine biologischen Erscheinungen sind. Die Natur kennt keine Moral, sondern nur Selektionsprinzipien, bei denen sich die Zweckmäßigkeit durchsetzt.

Es wird immer wieder behauptet, daß die seuchenhygienischen Maßnahmen und die ihnen zugrundeliegenden Gesetze entscheidend zu einer Eindämmung der großen Volksseuchen beigetragen hätten. Pest, Typhus, Tuberkulose, Kinderlähmung, Cholera, Pocken usw. seien so beseitigt bzw. zurückgedrängt worden. Diese Fehleinschätzung muß als Alibi dafür dienen, bei unzureichenden Effekten oder neuauftretenden Infektionskrankheiten mit Gesetzesverschärfungen oder neuen legislativen Maßnahmen aktiv werden zu dürfen. Tatsächlich verschwanden die Pocken durch Abriegelungsimpfungen, denen ein Impfstoff zugrunde lag, welchen nicht die moderne Virologie, sondern Jenner vor fast zweihundert Jahren auf empirischem Wege gefunden hat, zu einer Zeit, als weder von Immunität noch von Krankheitserregern etwas bekannt war. Jenner beobachtete, daß der Mensch nach der Impfung (Vakzination) mit Kuhpockenviren (Vacca = Kuh) vor der Pockenerkrankung geschützt war.
Typhus und Cholera wurden aus unserem Lande verdrängt, nicht weil ein Reichsseuchengesetz ein dazu wirksames Instrumentarium bot, sondern weil die mit der Verstädterung einhergehende Entwicklung zentraler Brauch- und Abwassereinrichtungen die Kloake von den Straßen und Brunnen fernhielt. Die Diphtherie wurde weder durch die Impfung – die gar nicht gegen den Erreger, sondern gegen das von ihm gebildete Gift gerichtet ist – noch durch seuchenrechtliche Aktivitäten eingedämmt. Der Rückgang hatte schon eingesetzt, bevor diese Maßnahmen überhaupt hätten greifen können.
Die fragliche oder zumindest sehr eingeschränkte Wirksamkeit seuchenrechtlicher Maßnahmen wird im Falle der Tuberkulose besonders deutlich. Unterernährung und enges Aufeinanderwohnen schufen die Voraussetzungen für ihre seuchenhafte Ausbreitung. Kein Gesetz richtete sich gegen diese entscheidenden Faktoren, und so konnte es geschehen, daß trotz einer angeblich perfekten Gesetzgebung unter den sozialen Umständen nach dem Ersten und dem Zweiten Weltkrieg die Tuberkulose sich erneut explosionsartig ausbreitete. Aber auch Therapien hatten keinen nennenswerten Einfluß auf die Ausbreitungsdynamik von Infektionskrankheiten. Syphilis und Gonorrhöe wurden durch Penicillin nicht seltener; nur das Individualschicksal verlief günstiger. Die Häufigkeit beider Geschlechtskrankheiten

erreichte trotz des Penicillins eine Dimension, wie sie in der vor-antibiotischen Ära auch nicht andeutungsweise zu verzeichnen war.
Es sind vorzugsweise die soziologischen Bedingungen, die sich epidemiologisch auswirken. Wer die Cholera oder die Malaria beseitigen will, darf nicht auf Chemotherapeutika, Desinfektionsmittel oder Insektizide setzen, sondern muß den Menschen einen Lebensraum schaffen, in welchem Trink- und Abwasserversorgung geregelt und den Brutstätten der die Malaria übertragenden Insekten die Lebensgrundlage entzogen wird.
Die wissenschaftlichen Errungenschaften des letzten und dieses Jahrhunderts hatten uns in die Illusion versetzt, wir hätten die großen Seuchen wenigstens im entwickelten Bereich der Welt unter Kontrolle gebracht. Die Forscher wendeten ihr Interesse nunmehr z. B. dem Krebs, den Herz- und Kreislauferkrankungen und dem Rheuma zu. Die Prävention beschäftigte sich mit Rauchen, Fettsucht und Alkoholismus. Infektionskrankheiten schienen als epidemiologisches Phänomen beseitigt zu sein; ihre Bekämpfung war scheinbar nur noch eine Frage von Impfmaßnahmen und von antimikrobiell wirksamen Substanzen, wobei angeblich die neuen immer wirksamer als die alten waren. Die Existenz weiterer, bisher unbekannter Mikroorganismen schien ausgeschlossen. Schon die jüngste Vergangenheit zeigte uns, wie trügerisch diese Einschätzungen waren. »Neue« Infektionskrankheiten (z. B. die Legionärskrankheit, die Lyme-Erkrankung) wurden entdeckt, und Mikroorganismen entwickelten Resistenzen gegenüber früher wirksamen Chemotherapeutika. Bedenkt man, daß weitere bisher uncharakterisierte, den Viren ähnliche »infektiöse Einheiten« für ein ganzes Spektrum von Krankheiten wie z. B. chronische degenerative Gehirnerkrankungen verantwortlich sind, und daß für Erkrankungen wie z. B. den Diabetes mellitus, bestimmte Formen von Gelenkerkrankung u. a. eine erregerabhängige Ursache vermutet wird, so wird deutlich, daß von einer »Beherrschung« oder endgültigen Erforschung der Infektionserkrankungen keine Rede sein kann. Vielmehr ist angesichts der Verfeinerung moderner diagnostischer Verfahren zu erwarten, daß eine ganze Reihe ätiologisch bisher ungeklärter Krankheitsbilder als infektionsabhängig erkannt werden.

Und dann kam Aids, das den Hochmut der Wissenschaftler und Politiker zu Fall brachte. Zunächst als exotische Arabeske abgetan, entwickelte sich Aids zu einem Problem, das die Belastbarkeit der Gesellschaft auf vielfältige Weise herausforderte. Die Ärzte am Krankenbett sind frustriert wegen ihrer völlig unerwarteten kurativen Impotenz, die Forscher verzweifeln an ihrer Unfähigkeit, die unendlich vielen Unverständlichkeiten im Infektions-

ablauf zu erklären, die Politiker versuchen mit dem kläglichen Arsenal ihrer legislativen und exekutiven Möglichkeiten, den richtigen Weg zu weisen. Weil Aids trotz alledem geschehen konnte, wird nach Schuldigen gesucht. Die Opfer werden zu Tätern hochstilisiert; gegen sie richten sich Volksmeinung und vielerorts auch politische Aktivitäten. Infektionskrankheiten sind aber keine politischen Phänomene. Es gibt keine politischen Wege, sie zu erkennen und zu behandeln. Es gibt auch keinen Weg, ihnen vorzubeugen, sondern man kann nur die Bedingungen dafür schaffen, daß Fachleute auf präventivem Wege erfolgreich wirken können. Auch auf legislativem Wege lassen sich Infektionskrankheiten nicht verbieten oder beseitigen, er kann nur dazu beitragen, Handlungsspielräume zu verschaffen.

Als die ersten Aids-Fälle der westlichen Welt entdeckt wurden, dachte niemand an eine Infektionskrankheit. Man suchte nach Gemeinsamkeiten der befallenen Opfer und stieß auf deren homosexuelle Lebensweise. Weil viele der Erkrankten sogenannte Poppers benutzten, glaubte man hierin die Ursache dieser Erkrankung erkennen zu können. Und schon bald gab es wissenschaftliche Arbeiten, die experimentell belegten, daß diese Chemikalien einen Einfluß auf die immunologischen Vorgänge ausüben. Ohne den Wissensstand der modernen Virologie wäre es nie möglich gewesen, die virale Natur von Aids aufzudecken. Vor hundert Jahren wußte man nichts von Viren, und die verfügbaren wissenschaftlichen Methoden wären nicht geeignet gewesen, den Infektionscharakter von Aids zu demaskieren. Was wäre wohl geschehen? Mehr noch als jetzt in Afrika wäre der Erreger in die Population eingedrungen, und Millionen wären an den Infektionsfolgen gestorben. Aber es wären auch Millionen bereits in utero infizierter Kinder zur Welt gekommen. Wenn diese Kinder das reproduktive Alter nicht erreicht hätten, wäre das Ende der Menschheit vorgezeichnet gewesen. Damit drängt sich die Frage auf, ob die vielen jetzt schon im Mutterleib infizierten Kinder das Reproduktionsalter erreichen werden. Es steht zu erwarten, daß der größte Teil der Kinder wenigstens so lange überleben wird, bis sie sich selbst fortgepflanzt haben. Folgt man dieser Linie und verwirft so abwegige Vorstellungen wie die, daß das Human immunodeficiency virus (HIV) das Ergebnis eines gentechnologischen, vielleicht sogar wehrtechnischen Unfalles sei, wird auch klar, wo es herstammen muß. Es muß aus abgeschiedenen Populationen kommen, wo es über Generationen schon vor der Geburt weitergegeben worden ist. Die somit pränatal Infizierten waren bei einer späteren sexuellen Exposition nicht mehr gefährdet. Gefährdet waren aber die Angehörigen anderer Populationen, die mit der bisher isoliert lebenden Population erstmals sexuellen Kontakt hatten. Nun waren die Voraussetzungen für einen postnatalen Infektionsablauf gegeben.

Jetzt muß erst in diesen Populationen eine komplett pränatal infizierte Filialgeneration heranwachsen.
Aus dieser Hypothese ergeben sich erstaunliche Konsequenzen. Populationen in hyperendemischen Gebieten werden ihre Elterngeneration an Aids verlieren. Die Kinder dieser Generation werden überwiegend überleben und nicht mehr in Gefahr sein. Die Konsequenzen für die entwickelten Länder mit ihrem vergleichsweise sporadischen Aufkommen an Aids-Fällen sind viel verwickelter. Eine Durchseuchung wie in hyperendemischen Gebieten wird nicht stattfinden; dies bedeutet, daß ständig eine empfängliche Population vorhanden ist. Pränatal infizierte Kinder werden den Erreger mutmaßlich an ihre späteren Sexualpartner und an ihre eigenen Kinder weitergeben, ohne daß der Infektionsstatus mit derzeitigen Mitteln immer erkennbar wäre. Im Lauf der Generationen werden die jetzigen Hochrisikogruppen ihre epidemiologische Bedeutung verlieren.
Bis Ende des Jahres werden nach offiziellen Angaben der Weltgesundheitsorganisation – seit der Erstbeschreibung von Aids 1981 in den USA – weltweit ungefähr 120 000 Menschen an Aids erkrankt und davon etwa 60 000 bereits verstorben sein. Nach inoffiziellen Schätzungen muß jedoch mit mehreren hunderttausend Aids-Erkrankten und mit mehreren Millionen HIV-Infizierten gerechnet werden. Da die Konversionsrate von der latenten Infektion zur Erkrankung, dem Stadium Aids (Schätzungen gehen bis zu 100 Prozent) und die Ausbreitungsgeschwindigkeit der HIV-Infektion noch immer unbekannt sind, läßt sich der Fortgang der Aids-Epidemie nur schwer kalkulieren.

Was also kann gegen die Aids-Epidemie getan werden? Das klassische Instrumentarium der Seuchenbekämpfung ist hier weitgehend unbrauchbar, und zwar deshalb, weil zwischen dem Zeitpunkt der Infektion und dem Auftreten von Krankheitserscheinungen Monate, Jahre und mutmaßlich auch Jahrzehnte liegen können. Während dieser Gesamtzeit ist der erscheinungsfrei Infizierte auf sexuellem Wege und über Blut-Blut-Kontakte ansteckungsfähig. Die Aufdeckung einer potentiellen Infektionsquelle – also eines Infizierten – hat, anders als bei anderen Infektionskrankheiten, so lange keine epidemiologische Bedeutung, wie es nicht möglich ist, seine Ansteckungsfähigkeit unwirksam zu machen. Dies wäre nur möglich, wenn man den Infizierten auf Lebenszeit so isolieren würde, daß sein Sexualleben kontrollierbar ist. Die mitunter vorgetragene Forderung, man müsse die deutsche Bevölkerung durch ein Massen-Screening auf ihre HIV-Eigenschaften untersuchen, um die Infizierten aussondern zu können, ist nicht nur zutiefst menschenverachtend, sondern würde sich auch epidemiolo-

gisch nur unzureichend auswirken. Denn dem Import des Erregers könnte man nur dann entgegenwirken, wenn derartige Massenuntersuchungen an der deutschen Population mehrfach jährlich durchgeführt und im übrigen alle rückreisenden Deutschen und alle einreisenden Ausländer routinemäßig auf ihre HIV-Eigenschaften untersucht würden. Das sind Gedankenspielereien, die an den Realitäten vorbeigehen.

Die Expositionsprophylaxe ist zur Zeit die einzig wirksame Methode gegen die Ausbreitung der HIV-Infektion in unserer Population. Sie setzt eine ständige und anhaltende Information der gesamten Bevölkerung voraus und beschränkt sich auf die Kultivierung monogamer Beziehungen bzw. auf die Anwendung sogenannter Safer-Sex-Techniken und die Empfehlung, nicht drogensüchtig zu werden oder eigene Spritzbestecke zu benutzen. Allein die individuelle Akzeptanz dieser prophylaktischen Maßnahmen wird über ihre Auswirkungen auf die epidemiologische Situation entscheiden.

Bei den Drogensüchtigen ist die Motivation zur Expositionsprophylaxe als gering einzuschätzen, wie der steigende Anteil dieser Risikogruppe am Kollektiv der Neuinfektionen und dem der Aids-Patienten zeigt. Für die Drogensüchtigen sind die individuellen Folgen einer HIV-Infektion und deren möglicherweise epidemiologische Auswirkung kein Motiv zur Verhaltensänderung. Daher ist auch die Akzeptanz therapeutischer oder anderer präventiver Maßnahmen gering.

Die Praxis der staatlichen Drogenprohibition hat die Entstehung des Drogenproblems in seiner heutigen Dimension nicht verhindern können. Die HIV-Epidemie wird auch hier zum Nachdenken über alternative Lösungen führen müssen. Was würde etwa geschehen, wenn man z. B. Drogen- und Spritzbestecke kostendeckend zur Verfügung stellte? Wäre eine weitere Zunahme von Drogensüchtigen die Folge? Wohl kaum. Daß Drogensucht mit ihren sozialen Implikationen zum individuellen Schicksal wird, ist nur selten allein die Folge von »Gelegenheiten«. Dies bedeutet, daß wahrscheinlich nur mit einer geringen Zunahme von i. v. Drogenabhängigen zu rechnen wäre. Die Aufhebung der Illegalität des Drogengebrauchs und des Drogenhandels und der freie Zugang zu Spritzbestecken hätte aber frappierende Konsequenzen: die Rate der Neuinfektionen würde in dieser Gruppe stark zurückgehen ebenso wie die Beschaffungsprostitution. Als Nebeneffekt würde außer der Beschaffungskriminalität auch dem illegalen Drogenhandel der Boden entzogen, da es keinen finanziellen Gewinn mehr verspricht, jemanden an die Nadel heranzuführen. Natürlich wäre es auch mit diesen Maßnahmen nicht möglich, den Erreger aus unserer Population zu entfernen. Noch jahrzehntelang würde er neue Opfer finden, aber die Gesamtzahl aller Infizierten bliebe vergleichsweise gering.

Die Pathogenität von HIV basiert auf Wirkprinzipien, die sich von denen anderer Viren grundsätzlich unterscheiden. Das Virus vermag mit Hilfe eines »mitgebrachten« Enzyms – einer eigenen chemischen Fabrik – seine Erbsubstanz so umzuschreiben, daß sie in die menschliche Erbsubstanz integriert werden kann. So trägt jede von HIV infizierte Zelle in ihrem Genom die Erbinformation von HIV. Diese Information ist mit keiner auch nur theoretisch möglichen Strategie mehr aus dem menschlichen Genom zu entfernen; der Infizierte ist lebenslang ansteckungsfähig. Lediglich die in der infizierten Zelle ablaufende Virus-Vermehrung und die von der infizierten Zelle produzierten Virus-Kopien sind therapeutischen Maßnahmen zugänglich.

HIV kann aber nur Zellen infizieren, die auf ihrer Oberfläche einen genetisch determinierten Rezeptor tragen, der die Oberflächenstruktur des HIV erkennt. Für die Bedeutung dieses erregerspezifischen Rezeptors gibt es bisher keine überzeugende Erklärung, außer der, daß er für die Infektion mit HIV unentbehrlich zu sein scheint. Wie ist es zu erklären, daß bestimmte menschliche Zellarten über einen Rezeptor verfügen, der selektiv dem HIV die Infektion der Zelle ermöglicht, ohne daß das HIV oder ein strukturell ähnlicher Erreger in der menschlichen Population verbreitet ist? Handelt es sich vielleicht um ein evolutionsgeschichtliches Relikt einer früheren Auseinandersetzung der Spezies Mensch mit einem artverwandten Erreger, dessen genetische Substanz teilweise oder ganz in das menschliche Genom integriert wurde? Oder ist die Übereinstimmung menschlicher und viraler Marker rein zufällig?

Weil dieser Rezeptor für die HIV-Infektion unentbehrlich zu sein scheint, ist ein auf den ersten Blick überzeugendes Therapiekonzept entwickelt worden. Man müsse nur die menschlichen Zellrezeptoren gentechnologisch in großer Menge reproduzieren; sie würden dann, in die Blutbahn infundiert, den Viren als »Köder« dienen und damit einen Befall menschlicher Zellen verhindern. Die Probleme und Gefahren, die in diesem Konzept liegen, das auch unter Wissenschaftlern heftig umstritten ist, sind unverkennbar. Der so behandelte Wirt würde möglicherweise gegen diese »Fremd«-Rezeptoren Antikörper bilden, die dann auch die körpereigenen, strukturell gleichen Rezeptoren ausschalten könnten. Wegen der unbekannten Bedeutung dieser Rezeptoren wäre dies ein Versuch mit nicht abschätzbaren Risiken. Und welche Personen sollten damit behandelt werden und zu welchem Zeitpunkt? Da eine Viruseliminierung aus einem infizierten Individuum nicht mehr möglich ist, könnte lediglich verhindert werden, daß neue Viruskopien weitere Zellen befallen. Das aber wäre nur möglich, wenn, bei unterstellter Wirksamkeit, dieser Rezeptor ständig im

Blut vorhanden wäre, und zwar lebenslang, wobei unberücksichtigt bleibt, daß im Ablauf der HIV-Infektion über unterschiedliche lange Zeiträume keine Virusvermehrung stattfindet. Mit der Aufdeckung dieses Prinzips, also, wie in einer infizierten Zelle die Virusproduktion bis hin zur »Abschaltung« reguliert werden kann, wäre eine Therapie verfügbar, die dem infizierten Individuum ohne erkennbare Nebenwirkungen ein nicht mehr durch die HIV-Infektion bestimmtes und begrenztes Leben gestatten würde. Die für ein solches Behandlungskonzept notwendigen Forschungsergebnisse sind in naher Zukunft nicht zu erwarten. Die zur Zeit verfügbaren Medikamente, die auf unterschiedlichem Wege auf die Virusvermehrung Einfluß nehmen sollen, sind sicher nur von vorübergehender Bedeutung. Ihr Effekt ist begrenzt und die Nebenwirkungsrate beträchtlich.

Präventive aktive oder passive Immunisierungsmaßnahmen sind die anerkannten Methoden, einer Infektion vorzubeugen. Weltweit wird an zahlreichen Forschungsinstituten mit den ausgeklügeltsten Methoden an der Herstellung von Impfstoffen gegen HIV gearbeitet. Millionen Dollar werden dafür jährlich ausgegeben; bei nüchterner Betrachtung kann dieser Möglichkeit der Prävention nur eine sehr geringe Wahrscheinlichkeit zuerkannt werden. Impfstoffe müssen nicht nur selbst unschädlich sein, sondern auch wirken. Die Wirksamkeit eines Impfstoffes kann aber nur im Feldversuch erwiesen werden. Dies besonders dann, wenn keine Tiermodelle zur Verfügung stehen. Daß Impfung einen Schutz vor Erkrankung bietet, kann aber erst dann als erwiesen gelten, wenn die bei Nicht-Geimpften üblichen Latenzzeiten bis zur Manifestation von Krankheitserscheinungen abgelaufen sind. Das heißt, ein aus einem Feldversuch ablesbarer Impfschutz kann erst nach fünf, möglicherweise auch erst nach zehn Jahren objektiviert werden. Selbst wenn man von der Fiktion ausginge, bereits einen unschädlichen und erwiesenermaßen wirksamen Impfstoff anbieten zu können, würden sich erhebliche Probleme auftun, z. B. in unserem Lande, die zu impfenden Bevölkerungsschichten zu beschreiben und zu einer Impfung zu bewegen. Sollte sich jeder sexuell aktive Einwohner impfen lassen? Sollte man ausschließlich den Homosexuellen und Drogenabhängigen eine Impfung empfehlen? Macht es Sinn, einen Drogenabhängigen dazu zu bringen, sich als drogenabhängig zu erkennen zu geben, und ihm einen Impfstoff anzudienen, den er gar nicht brauchte, wenn er nur sein eigenes Spritzbesteck benutzen würde? Werden nicht vielleicht die meisten Drogenabhängigen dadurch infiziert, daß sie zu Beginn ihrer Drogenkarriere von bereits drogenabhängigen HIV-Infizierten an die Nadel herangeführt werden? Müßte man dann konsequenterweise nicht all denen eine Impfung empfehlen, die

als fakultativ drogenabhängig einzuschätzen sind? Ist es vertretbar, alle jungen Menschen zu impfen, bevor sie ihre sexuelle Differenzierung erfahren oder in den Bereich der Drogenabhängigkeit geraten? Und wie wäre gegebenenfalls die Akzeptanz? Und könnten die nach einer Impfung im Blut nachweisbaren Antikörper nicht dazu verleiten, den Untersuchten hinsichtlich seines Risikoverhaltens bestimmten Kategorien zuzuordnen? Und wie steht es mit den Impfaussichten in den Epidemiegebieten Afrikas? Gibt es dort eine Infrastruktur, die eine Testung aller zuließe, um die bereits Infizierten zu erkennen und die noch Negativen einer Impfung zuzuführen? Alle diese Fragen sind fiktiv, solange man keinen Impfstoff besitzt, dessen Wirksamkeit und Unschädlichkeit erwiesen sind.
Die Aussichten, in naher Zukunft über einen solchen Impfstoff zu verfügen, sind gering. Es ist aber auch zweifelhaft, ob das Ziel einer aktiven Immunisierung überhaupt das richtige ist, gibt es doch theoretische Gründe für die Annahme, daß Impfstoffe gegen HIV auch gegenteilige Wirkungen haben könnten. Mit der Impfung werden Antikörper erzeugt, welche die Infektion der Zelle mit HIV begünstigen und damit zu besonders schnellen und besonders ungünstigen Verläufen führen oder sogar die ruhende Integration des Erregers (Latenz) in eine aktive Krankheit umformen können. Die bei anderen Viruserkrankungen erfolgreiche aktive Immunisierung kann daher mit großer Wahrscheinlichkeit nicht eingesetzt werden.
Eine weitere Schwierigkeit bei der Entwicklung eines Impfstoffes ist die hohe Variabilität des HIV. Unter den aus Patienten isolierten Viren gleicht keines dem anderen, und nur ein Impfstoff gegen ein allen Virusvarianten gemeinsames Antigen hätte Aussicht auf Erfolg. Auch die Gabe virusspezifischer Antikörper (passive Immunisierung) ist – anders als bei anderen Infektionserkrankungen – bei der HIV-Infektion sinnlos. Sie haben keine Schutzfunktion für den Infizierten und können sich auf den Verlauf der HIV-Infektion sogar nachteilig auswirken.

Die HIV-Infektion wird die Menschheit nicht ausrotten, sie wird aber Millionen Opfer fordern, und sie wird nolens volens das menschliche Sexualverhalten verändern. Im Labor wird es sich entscheiden, ob zwei Menschen eine sexuelle Dauerbeziehung eingehen können. Schon jetzt werden in bestimmten Staaten der USA die Heiratslizenzen von dem Ergebnis der HIV-Serologie abhängig gemacht. Die praktizierte Kondomsexualität wird nur von vorübergehender Bedeutung sein. Es waren soziale Entwicklungen, welche die Voraussetzungen für die Ausbreitung von Aids schufen, und Aids wird wieder Anlaß für die Gesellschaft sein, sich an die veränderten Lebensbedingungen anzupassen.

»WIR MÜSSEN DAS 18. JAHRHUNDERT VON SEINER LEGENDE BEFREIEN.«
JEAN STAROBINSKI

Foto: Pierre Bourdis

»In der Tat, die gesamte Geschichte der verschiedenen Künste könnte neu geschrieben werden als eine Geschichte der verschiedenen Haltungen gegenüber dem Willen. (...) Als wertvoller Versuch aus neuerer Zeit kann Jean Starobinskis Buch ›L'invention de la liberté‹ bezeichnet werden, das im wesentlichen der Malerei und Architektur des 18. Jahrhunderts gewidmet ist. Starobinski untersucht die Kunst dieser Epoche auf die neuen Ideen der Selbstbeherrschung und der Beherrschung der Welt als Ausdruck eines neuen Verhältnisses von Ich und Welt hin. Die Kunst wird als Benennung von Gefühlen verstanden.«
SUSAN SONNTAG

220 Seiten. Leinen.
DM 98,–

»DIE INTERPRETATION EINES KUNSTWERKS ... SETZT KULTURGESCHICHTE EINES MILIEUS UND KULTURGESCHICHTE EINES INDIVIDUUMS VORAUS.«
MARIO PRAZ

Dieses Buch macht mit einem großen Gelehrten unserer Epoche bekannt, mit der Anschauungskraft, den Erkenntnissen und der niemals erlahmenden Aufmerksamkeit eines unbeugsamen Lesers, der in Bildern ebenso heimisch war wie in Metaphern und Ideen.
Aus dem Inhalt: Die »sonderbaren Erscheinungen« des Hieronymus Bosch; Ein Joyce des Quattrocento; Die dicke Venus; Bizarre Skulpturen des Manierismus; Die Monstren von Bomarzo; Einführung in den Barock; Barock in England; Der Kundschafter Thomas Browne; Das MÄRCHEN ALLER MÄRCHEN von Giovanni Battista Basile; Barockes Prag; Rubens; Die Entdeckung der Landschaft; Gärten der Sinne; Die Pestdarstellungen des Gaetano Zumbo; Vanitas.

272 Seiten. Leinen.
DM 39,80

S. FISCHER

Rolf Rosenbrock
HIV-Positivismus

Plädoyer für die Einhaltung der Kunstregeln

I

Es ist ein derzeit meist zum Scheitern verurteiltes Unterfangen, über den Einsatz des HIV-Antikörpertests (im folgenden einfach: »der Test«) eine rationale Diskussion führen zu wollen. Zu viele – meist verbrämte – Interessen, zu viele – meist uneingestandene – Ängste versperren den Zugang. Sozial- und medizinwissenschaftliche Wissenslücken geben Raum für argumentativ meist fruchtlose Spekulationen. Besonders beliebt ist die Verwechslung der Ebenen des individuellen Schutzverhaltens und der staatlich-medizinpolitisch betriebenen Präventionspolitik mit ihrer je eigenen Logik. Schließlich ist im praktischen gedanklichen und politischen Umgang mit Aids eine rationale, das heißt Aids in Relation zu anderen Gesundheits- und Lebensgefahren setzende Risikowahrnehmung weithin verlorengegangen.

In dieser Auseinandersetzung vertrete ich die These, daß die positiven Seiten des HIV-Antikörpertests individuell und in der gesundheitspolitischen Diskussion trotz einer gewissen Ernüchterung und Beruhigung in den letzten Monaten immer noch stark überschätzt werden.[1] Diese Überschätzung beruht zum Teil auf kontrafaktischen, zum Teil auf irrigen und zum Teil auf nicht bewiesenen Voraussetzungen. Unerwünschte und zum Teil kontraproduktive Wirkungen des Tests und der Testpolitik werden verharmlost oder gegen empirische Evidenz bestritten, oft auch im Eifer des Gefechts einfach übersehen oder verdrängt.

Die systematischen Verzerrungen der Wahrnehmung, der Diskussion und der Handhabung des Tests speisen sich aus zwei Quellen, die allerdings nur analytisch auseinanderzuhalten sind: Da ist zum einen der ›normal schlechte Lauf‹ der Gesundheitspolitik mit seiner weitgehenden Reduktion von Problemverständnis und -bearbeitung auf das individualmedizinisch, das heißt ärztlich und medizintechnisch am einzelnen Individuum Machbare.[2] Aus dieser Sichtweise folgen eine nahezu systematische Kritiklosigkeit gegenüber technischen Möglichkeiten[3] wie zum Beispiel dem Test sowie eine systematische Unterschätzung und Unternutzung der Möglichkeiten der vor allem sozialwissenschaftlich fundierten Prävention.[4] Und da ist

zum anderen die Krankheit Aids, die mit ihrem Assoziationsfeld: Sexualität, Promiskuität, Homosexualität, Prostitution, Orgien, Sucht, Kriminalität, ›unerkannte Feinde‹ und Tod (in einem Thema!) auch dann ein sozialpsychologisch hochbrisantes Gebräu abgeben würde, wenn zunächst statt der Schwulen und Fixer zum Beispiel biedere heterosexuelle Seitenspringer und Bordellbesucher als Betroffenengruppen sichtbar geworden wären.[5]

An der Im-Zweifel-›pro-Test‹-Koalition sind mindestens sechs Akteurgruppen beteiligt, und zwar so lebhaft, daß sich die pharmazeutischen Test-Hersteller selbst für die Realisierung ihres mittlerweile auf ca. eine Milliarde Dollar pro Jahr geschätzten Umsatzes nicht mehr besonders einsetzen müssen.

– Zunächst sind da jene Mediziner, die angesichts des Fehlens von Impfstoffen und durchschlagend wirksamen Therapeutika um ihre auch sonstwo zunehmend in Frage gestellte Kompetenz für alle Fragen von Gesundheit/Krankheit bangen müssen. Der Verzicht auf den Testeinsatz kommt für viele von ihnen dem Abschied von identitätsstiftenden Omnipotenzvorstellungen gleich. Zudem sind sie es in ihrer großen Mehrheit nicht gewohnt, den Blickwinkel des Sprechzimmers respektive der Klinik auch nur probehalber oder gedanklich zu verlassen. Sie erleben die Welt deshalb durchweg aus der Perspektive gescheiterter Prävention, von der sie infolgedessen meist auch nicht viel halten. Diese Sichtweise wird auch professionell kaum korrigiert: die Sozialepidemiologie, die den Medizinern zusätzlich zum Denken im Einzelfall die Logik kollektiver Strategien der Risikominimierung vermittelt, ist in Deutschland seit den Tagen des Faschismus eliminiert bzw. diskreditiert worden. Eine ›public health‹-Tradition, wie sie etwa in anglo-amerikanischen Ländern existiert, konnte sich bei uns nicht etablieren. Ärzte stehen deshalb zum Teil fassungslos vor der Forderung, einen technisch möglichen Befund *nicht* zu erheben, weil sozialmedizinische und gesundheitspolitisch strategische Gründe dagegen sprechen.

– Zweitens sind da – zum Teil personell identisch, zum Teil auch aus kirchlichen Kreisen stammend – die Moralstrategen, die auf ein so exzellent verhaltensaufdeckendes Mittel wie den HIV-Test nicht verzichten wollen, gibt er ihnen doch (zumindest vorläufig noch) die Möglichkeit, mit sehr hoher Treffsicherheit Schwule und Fixer sowie deren unmittelbare Intimpartner(innen) zu »entlarven«. Sichtbar gemacht werden können die sonst im Verborgenen agierenden ›Sünder‹, die den Zusammenhang zwischen Geschlechtsakt und Zeugung/Geburt für sich »contra naturam« aufgelöst haben bzw. vom »rechten Maß« in die Sucht abgewichen sind.

– Rationaler sind da schon die Kostenstrategen der öffentlichen und privaten Arbeitgeber und (bislang nur) der privaten Versicherungen: die prä-

ventive Ausgrenzung auch gesunder Antikörperträger vermindert das Risiko möglicherweise kostspieliger Personalausfalls- oder Schadenseintrittsfälle.
– Aids ruft wie jede Katastrophe auch unweigerlich die Notstandsstrategen und monomanen Sicherheitsfanatiker auf den Plan, die – während die ganze Welt doch immer riskanter und immer schwerer beherrschbar wird – wenigstens *ein* Risiko mal so richtig beherrschen wollen, um nahezu jeden Preis und ohne jede Bezugnahme auf andere, vielfach größere, allseits akzeptierte und zum Teil mit erheblich weniger gesellschaftlichem Aufwand reduzierbare Risiken.
Vertreter dieser vier Gruppen votieren im Zweifel mindestens für breiten Testeinsatz, zum Teil auch für Zwangstests bestimmter Betroffenen- bzw. Berufsgruppen. Der Zwangstest für solche – wie auch immer definierte – Gruppen ist zum Teil schon eine fixe Idee, die an fast beliebigen Orten auftaucht, um einen ›Fuß in die Tür‹ zu bekommen, und zwar aus Prinzip.
– Angesichts dieser Koalition können sich sogar aufgeklärte staatliche Gesundheitspolitiker öffentlich auch dann nicht gegen breiten Testeinsatz aussprechen, wenn sie im kleinen Gespräch durchaus die Irrationalität dieses Vorgehens zugeben. Eine öffentlich propagierte Testzurückhaltung (wie zum Beispiel in Holland oder auch der Schweiz) scheint bei uns unmöglich zu sein, da dies von einer demagogisch jederzeit mobilisierbaren Öffentlichkeit als Verzicht auf staatliche Seuchenkontrolle und damit als Vorstufe zum Genozid bzw. Genosuizid interpretiert werden könnte. Hinzu kommt, daß Politiker gewohnt sind, auf hoch thematisierte, aber schwer beeinflußbare Ereignisse bzw. Entwicklungen nach dem Muster ›messen statt handeln‹ zu reagieren.
– Auch aus den hauptbetroffenen Gruppen, das heißt den Reihen der potentiellen Aids-Opfer, kommt, meist gegen die Vernunft, der Ruf nach dem Test: Das Leben mit Unsicherheit ist schwer auszuhalten. Die individuelle Hoffnung auf ein negatives Testergebnis läßt die Gegenargumente klein werden. Der Wunsch, gegen eine diffuse Bedrohung wenigstens irgend etwas zu tun, kann übermächtig werden. Unbewältigte Lebenskonflikte führen zu Unterwerfungs- und Selbstbestrafungswünschen.
Wer in dieser Konstellation den Wert des Tests generell in Frage stellt bzw. für eine differenzierte, aber im Kern zurückhaltende Anwendung plädiert, sieht sich schnell als unverbesserlich leichtsinnig, als Agent des Nicht-wissen-Wollens und einer Vogel-Strauß-Politik oder gar als Feigling diffamiert. Eine diffizile und im Ergebnis auch differenzierte Argumentation pro und contra Test hat keine guten Chancen. Trotzdem ist sie notwendig,

weil jede individuelle und epidemiologische Debatte über den optimalen Umgang mit Aids unweigerlich bei der Testfrage landet. Ob die gesellschaftlich mobilisierbare Restvernunft für eine rationale Aids-Strategie ausreicht, entscheidet sich beim gegebenen Stand des medizinischen Wissens und der medizinischen Interventionsmöglichkeiten an der Frage der Handhabung des HIV-Antikörpertests.

Der HIV-Antikörpertest ist ein keineswegs harmloses medizinisches Instrument in der Hand des Arztes. Für den Einsatz medizinischer Instrumente und Maßnahmen gibt es Entscheidungsregeln, die im Umgang mit dem Test zum Teil nicht gesehen, zum Teil systematisch mißachtet werden. Den folgenden Ausführungen liegen durchgängig diese ärztlichen Entscheidungsregeln, die »Regeln der Kunst«, zugrunde, und dies keineswegs aus taktischen Gründen, sondern deshalb, weil die Anwendung dieser zum Teil in Jahrhunderten gewachsenen Regeln zu vernünftigen Lösungen auch für den Umgang mit Aids und dem HIV-Antikörpertest führt. Erst recht würde die Übertragung dieser Regeln auf die staatliche Gesundheitspolitik die Rationalität des Handelns erhöhen und die Anzahl der Opfer senken helfen – nicht nur bei Aids.

Der Test ist eine ärztliche Maßnahme. Jede ärztliche Maßnahme hat sich am Grundsatz ›nil nocere‹ (dem Patienten keinen Schaden zufügen) zu orientieren. Wo – wie eigentlich bei jeder Therapie – ein Schaden zugefügt werden muß, ist dieser im Lichte der erwünschten und unerwünschten Wirkungen zu beurteilen. Eine Maßnahme darf dann und nur dann ergriffen werden, wenn bei verständiger Würdigung der Gesamtumstände die erwünschten Wirkungen mit hinreichend großer Wahrscheinlichkeit eintreten und die unerwünschten Wirkungen deutlich übersteigen, wenn weiterhin die unerwünschten Wirkungen tolerabel sind und wenn der gleiche Effekt nicht mit weniger invasiven Mitteln erreicht werden kann. Erwünschte wie unerwünschte Wirkungen können dabei sowohl auf dem Gebiet der Krankheitsbekämpfung selbst als auch auf anderen Gebieten (Lebensqualität, Bürgerrechte etc.) entstehen. Dies wird nur dort problematisch, wo die gesundheitlich wirksamste Maßnahme nicht ohne gravierende Eingriffe in Bürgerrechte, Zivilisationsstandard etc. auskommt.

Erwünschte und unerwünschte Wirkungen sind in erster Linie im Hinblick auf den einzelnen Patienten zu betrachten, unter Umständen aber auch im Hinblick auf Kollektive. Die Berufsordnung der deutschen Ärzte enthält für dieses ethisch unauflösbar schwierige Entscheidungsfeld in seinem ersten Paragraphen die Formel: »Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der ganzen Bevölkerung.«

Die Frage des Testeinsatzes entscheidet sich in der Anwendung dieser viel-

leicht etwas formal klingenden Entscheidungsregeln. Füllt man diese Regeln mit plausiblen Annahmen über Motive, Handlungsmöglichkeiten und Verhalten der beteiligten Akteure, so gewinnt die Angelegenheit Leben, und es ergeben sich Anhaltspunkte für Entscheidungen pro oder contra Test. Die Abwägung wird dabei zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, je nachdem *zu welchem Zweck* getestet werden soll, was also mit der so gewonnenen Information angestellt oder verändert werden soll.
Im folgenden (II) werden deshalb zunächst kurz die erwünschten und unerwünschten Wirkungen des Tests und der Ergebnismitteilung referiert. Die dabei gewonnenen Beurteilungskriterien werden dann (III) auf die einzelnen Testzwecke angewendet.

II

Die *erwünschte Wirkung* des HIV-Antikörpertests ist die Bestimmung des Serostatus eines Menschen in bezug auf HIV. Diese Wirkung ist mit dem Test wie mit fast allen medizinischen Diagnoseinstrumenten nicht sicher zu erreichen. Jedes Testverfahren produziert sowohl falsch negative Ergebnisse (unerkannt bleibende Infizierte; Defizite in der Sensitivität) als auch falsch positive Ergebnisse (als infiziert diagnostizierte Nicht-Infizierte; Defizite in der Spezifität).[6] Selbst bei (keineswegs als gegeben zu unterstellender) optimaler Testhandhabung mit dem Suchtest ELISA und dem Bestätigungstest (meist Western Blot) bleiben ca. vier bis zehn von tausend Infizierten unerkannt (Sensitivität 99,0-99,6 Prozent) und werden von tausend Nicht-Infizierten ca. einer bis vier fälschlich als infiziert identifiziert (Spezifität 99,6-99,9 Prozent). Das klingt nahezu beruhigend. Zum Problem wird dies vor allem dadurch, daß die Wahrscheinlichkeit von falsch positiven Ergebnissen (d. h. der Anteil von falsch positiven Befunden an der Gesamtzahl der ermittelten positiven Befunde) desto größer ist, je geringer der Durchseuchungsgrad der untersuchten Population ist (Bayes'sches Theorem). Beim gegebenen Durchseuchungsgrad in der Bevölkerung der Bundesrepublik außerhalb der hauptbetroffenen Gruppen von vielleicht 0,003 bis 0,01 Prozent würde man beim ›Durchtesten‹ auf jeden Fall Zigtausende falsch positive und einige tausend falsch negative Befunde produzieren – immer unter der Voraussetzung technisch optimaler Laborhandhabung und Interpretation der Testergebnisse durch qualifiziertes Personal. Die Wahrscheinlichkeit, daß ein positives Laborergebnis tatsächlich zutrifft, steigt exponentiell mit der Wahrscheinlichkeit, daß der/die Getestete auch tatsächlich infiziert ist. Beim Fixer mit häufigem needle-sharing oder beim

Schwulen, der ungeschützt mit häufig wechselnden Partnern Analverkehr hat, sinkt die Wahrscheinlichkeit falsch positiver Ergebnisse auf Promillegröße. Der Test kann deshalb vernünftigerweise immer nur im Zusammenhang mit einer individuellen Anamnese interpretiert werden. Bei wievielen der ca. 17000 durch die anonyme Laborberichtspflicht gezählten (meist symptomlosen) Seropositiven ein falsch positives Ergebnis vorliegt, weiß niemand und kann auch niemand wissen. Die Labormedizin verfügt über keinen ›Goldstandard‹, an dem sich ein Testergebnis (auch wenn es wiederholt wurde) abschließend verifizieren ließe.

HIV-Antikörper finden sich darüber hinaus meist erst sechs bis acht, in nicht ganz seltenen Fällen auch erst 26 und mehr Wochen nach dem Zeitpunkt der Infektion. Ein einmaliger Testdurchlauf sagt also nur dann etwas über den Status der untersuchten Person, wenn in einem entsprechend langen Zeitraum vor dem Test eine Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Möglicherweise, aber nicht sicher, können die demnächst marktreifen Tests, die auf das Virus bzw. auf das Antigen selbst ansprechen, diese Unsicherheit beseitigen. Sie können freilich auch neue Unsicherheiten mit sich bringen.

Die *erwünschte Wirkung*, also die vollständig richtige Ermittlung der Antikörper- (und damit sehr wahrscheinlich Virus-)Träger und Nicht-Antikörperträger (die dann sehr wahrscheinlich auch das Virus nicht haben) aus der jeweils untersuchten Population ist mit dem Test auch mit verfeinerten Methoden und optimaler Laborhandhabung nicht sicher zu erzielen. Eine Untersuchung des staatlichen Office for Technology Assessment in den USA ergab im Frühjahr 1988, daß bei der üblichen Laborhandhabung bei der Untersuchung nicht besonders hoch durchseuchter Bevölkerungsteile auf ein richtig positives Ergebnis neun falsch positive Ergebnisse kommen.[7] Und selbst ohne jede Panne liegt die Anzahl der falsch positiven Ergebnisse auch bei den wenigen internationalen ›Vorzeigestudien‹ in niedrig betroffenen Populationen immer mindestens bei der Hälfte der richtig positiven Befunde.

Die *unerwünschten Wirkungen* des Tests bzw. der Mitteilung des Testergebnisses werden deutlich, wenn man sich die Mitteilung vor Augen führt, die jedem symptomlosen Probanden mit positivem Testergebnis von seinem Arzt gegeben werden müßte:

»Gesetzt den Fall, das Testergebnis stimmt, so werden Sie nach den vorliegenden, sozialepidemiologisch durchweg kaum aussagefähigen Studien und nach den bisherigen Erfahrungen in einem Zeitraum zwischen einem halben Jahr und unbekannt vielen, vielleicht zehn oder mehr Jahren, nach der/den Infektionen (nicht etwa nach dem Test) mit einer unbekannten Wahrscheinlichkeit Symptome (LAS, ARC) entwickeln und/oder am Vollbild Aids erkranken. Die

auf der Basis methodologisch vertretbarer Studien vorgenommenen seriösen Schätzungen für diese Wahrscheinlichkeit liegen zwischen 20 und 50 Prozent für eine Aids-Erkrankung nach zehn Jahren. Diese Quoten können sich durch längere Beobachtung der Krankheit sowohl nach unten als auch nach oben hin verändern. Wann die Krankheit ausbricht, wenn sie ausbricht, ist schwer zu sagen und hängt von weitgehend unerforschten Faktoren ab. Warum bei Ihnen, im Gegensatz zu einer unbekannten Anzahl anderer Menschen mit Viruskontakt, das Virus eingedrungen ist, weiß niemand. Die Existenz von Antikörpern in Ihrem Blut kann zweierlei bedeuten, entweder ist Ihr Immunsystem mit der (möglicherweise geringen) Anzahl eingedrungener Viren fertiggeworden, oder, das ist wahrscheinlicher, in Ihrem Körper findet derzeit ein Auseinandersetzungsprozeß mit offenem Ausgang statt. Wie Sie den Prozeß in Ihrem Körper, wenn es ihn überhaupt gibt, beeinflussen können, weiß auch niemand. Lassen Sie sich da von den wie bei jeder medizinisch unbeherrschbaren Krankheit aus dem Boden schießenden Quacksalbern nichts vormachen. Wahrscheinlich ist es das beste, einfach gesund zu leben. Am wichtigsten sind vielleicht eine positive Lebenseinstellung und eine gesicherte soziale Existenz. Auch scheint Angst vor der Krankheit die Krankheit befördern zu können, während emotionale Wahrnehmungs- und Ausdruckskraft, das Akzeptieren Ihrer selbst und Ihrer Sexualität sowie insgesamt ein aktiver Umgang mit dem eigenen Leben und der Krankheit bremsend oder verhindernd wirken können. Das ist allerdings leider nicht sehr spezifisch, denn dies gilt eigentlich als Lebensregel für jede Person und verbessert allgemein die Gesundheits- und Lebenschancen. Hinsichtlich der spezifischen Aids-Prävention gelten die gleichen Regeln, die auch besser vorher für Sie gegolten hätten: Safer Sex und Einmalspritzen.
Wenn Sie irgendwann eine Symptomatik ›unterhalb‹ von Aids entwickeln (LAS, ARC), so kann dies in einem unbekannten Zeitraum und mit einer nicht bestimmbaren Wahrscheinlichkeit später in Aids übergehen. Sollten Sie zu der unbekannt großen Gruppe derer gehören, die *irgendwann* am Vollbild Aids erkranken, werden Sie nach dem *heutigen* Stand des Wissens über palliative, symptomatische und kurative Interventionsmöglichkeiten der Medizin mit einer Wahrscheinlichkeit von über 80 Prozent an diesem Syndrom sterben.«

Es ist evident und müßte jedem Beteiligten klar sein, daß eine solche lebensbedrohlich und zum Teil notwendigerweise zynisch klingende Mitteilung in erster Linie eine tiefe psychische Verletzung, einen ›life event‹ darstellt. Darunter versteht die sozialmedizinische Forschung plötzliche und von außen kommende lebensverändernde Ereignisse. Sie beeinflussen den gesundheitlichen Status so stark, daß das Erkrankungsrisiko des Betroffenen spezifisch und unspezifisch, physiologisch und psychologisch beträchtlich steigt, auch im Hinblick auf Aids.
Dies ist bislang eine zwar plausible, aber in bezug auf Aids unbewiesene Hypothese. Bewiesen ist hingegen das unmittelbare gesundheitliche Ergebnis: Bis zur Hälfte der Probanden erkrankt an der Mitteilung eines positiven Testergebnisses – ganz nach der Definition der Reichsversicherungsordnung: es kommt zu behandlungsbedürftigen Depressionen, zu Anomie, Panik, Hysterie, Verlust rationaler Handlungskontrolle etc. Experten schätzen, daß es bei jedem Tausendsten zum Selbstmord kommt.
Der Test ist wie jedes pharmakologisch wirkende Mittel vom Bundesgesundheitsamt zugelassen. Hätten die psychiatrischen bis hin zu den suizida-

len ›unerwünschten Wirkungen‹ dabei auch ein nur annähernd gleiches Gewicht wie unerwünschte physiologische Wirkungen bei der Zulassung von Arzneimitteln: der HIV-Antikörpertest hätte vernünftigerweise nie eine Chance auf Zulassung gehabt. Jedenfalls nicht für den ungezielten Masseneinsatz.
Für die pragmatisch zu beantwortende Frage des Einsatzes ergibt sich aus dieser kurzen Gegenüberstellung eine generelle Zurückhaltung bei Einsatz des Tests, sorgfältige vorherige und nachherige Beratung mit Sicherstellung von Auffangmöglichkeiten im Falle eines positiven Testergebnisses sowie eine strenge Indikationsstellung im Einzelfall bei sorgfältiger Abwägung zwischen den nur mit Unsicherheit zu erzielenden erwünschten Wirkungen, den mit hoher Wahrscheinlichkeit eintretenden unerwünschten Wirkungen auch bei bestimmungsgemäßem Einsatz, im Hinblick auf den jeweils verfolgten Zweck.

III

Die Diskussion über Zulässigkeit, Sinnhaftigkeit oder gar gebotene Indikation des HIV-Antikörpertests an symptomlosen Menschen leidet nicht nur darunter, daß die Unsicherheit der erwünschten und das Ausmaß der unerwünschten Wirkungen meist nicht beachtet werden. Sie wird zusätzlich dadurch erschwert, daß der mit der Feststellung des Serostatus letztlich verfolgte Zweck meist nicht klar benannt wird. Von diesem Zweck aber und seiner gesundheitlichen bzw. gesundheitspolitischen Bewertung ist abhängig, ob die in Abschnitt II genannten Unsicherheiten und Schäden in Kauf genommen werden können oder nicht. Resümierend ist wohl festzuhalten, daß die Meßlatte des mit dem Test erzielbaren Nutzens schon ziemlich hoch gelegt werden muß.
Der Nutzen kann dabei – theoretisch – in einer Effektivierung der Prävention, einer Verbesserung der medizinischen Behandlung oder im Zuwachs an Wissen für diese Zwecke liegen.[8] In letzter Instanz geht es also immer um Beiträge zur Risikominderung. Prinzipiell soll jedes Risiko so weit wie möglich abgesenkt werden. Diese Minimierungs-Maxime findet ihre Grenze dort, wo Aids-bezogene Risiken mit zivilisationsverträglichen Strategien bereits auf oder unter das Niveau allseits akzeptierter Gesundheits- und Lebensrisiken gesenkt werden können und jede weitere, meist infinitesimale oder gar nur spekulative Risikominderung nur um den Preis der massiven Verletzung von Persönlichkeitsrechten oder des repressiven Umbaus ganzer Gesellschaftsbereiche zu haben ist. Solche differenzierten Risi-

kostrategien sind meist auch effektiver als die dogmatische Orientierung auf das Null-Risiko. Der Abstand zwischen Sexualität und Tod zum Beispiel ist durch Aids wohl unwiderruflich und auf eine neue (zusätzliche) Weise geschrumpft. Es kommt u. a. darauf an, ihn durch intelligente Strategien möglichst groß zu halten und der Sexualität damit möglichst großen Entfaltungsraum zu erhalten.
Im folgenden werden sieben Zwecke erörtert, für die der Test gefordert, zum Test aufgefordert oder auch real getestet wird.

1. Bei der Prävention und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten gibt es im Prinzip zwei Strategien. Die erste Strategie (*Suchstrategie;* klassische Seuchenstrategie) steht unter der Leitfrage: Wie ermitteln wir möglichst viele individuelle Infektionsquellen, und was können wir tun, um diese Infektionsquellen stillzulegen? Strategien dieses Typus haben auch bei den klassischen Infektionskrankheiten nie den entscheidenden Beitrag zum Sieg geleistet. Im Kampf gegen sexuell übertragbare Krankheiten waren sie nur dort von (eingeschränktem) Nutzen, wo die Krankheit sofort sicher diagnostizierbar und leicht therapierbar war (Syphilis)[9] und die betroffenen Populationen in einem besonderen Gewaltverhältnis zum Staat standen (z. B. kasernierte Soldaten mit de facto staatlich organisierter Prostitution).
In bezug auf Aids sprechen noch weitere Gründe gegen den Einsatz dieser Strategie. Vor allem der Umstand, daß Aids von den heute bekannten die am schwersten übertragbare Krankheit ist. HIV wird faktisch ausschließlich in den eng umgrenzten Situationen des ungeschützten penetrierenden Geschlechtsverkehrs und der Benutzung unsteriler Spritzbestecke bei i.v.-Drogenbenutzung übertragen. Dabei handelt es sich um Situationen, in die sich Menschen freiwillig hineinbegeben.[10] Für das Verhalten in Risikosituationen gelten für Infizierte und Nichtinfizierte die gleichen Regeln: die sachgerechte Benutzung von Kondomen und Einwegspritzen bietet einen Schutz, der in der Größenordnung allgemein als ›sicher‹ akzeptierter Schutzimpfungen liegt.[10a] Weltweit hat sich deshalb in den Ländern mit einer den Prinzipien der Rationalität, der Aufklärung und Effektivität verpflichteten Gesundheitspolitik die Überzeugung durchgesetzt, daß Strategien der systematischen (und damit immer auch: zwangsweisen) Suche nach Infizierten im Verhältnis zu dem dafür erforderlichen gesellschaftlichen und zivilisatorischen Aufwand »zu teuer« und auch ineffektiv sind. Denn zu diesem Zweck müßte eigens ein gewaltiger Polizei- und Kontrollapparat geschaffen werden, gegen den sich der »Deutsche Herbst« 1977 wie ein harmloses Spiel im Kinderladen ausnehmen würde. Zudem würde man mit dem Faktum Zigtausender fälschlich als seropositiv identifizierter Menschen leben müs-

sen. Einige tausend falsch negativ diagnostizierte Menschen würden gleichzeitig das Virus – dann wirklich ahnungslos – weitertragen. Außerdem würden mit einer solchen Aktion Zigtausende psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandlungsbedürftiger »Fälle« und einige hundert Suizide produziert, von der weit über Aids hinausgehenden Hysterisierung der Gesamtbevölkerung noch ganz abgesehen.
Trotz der auch international sehr weitgehenden Ablehnung von Strategien der »Dingfestmachung« von Infizierten gibt es auch in der Bundesrepublik noch zahlreiche offene und verdeckte Anhänger dieses Strategietypus.[11] Im bayerischen Maßnahmekatalog werden Ansätze dieser Strategie – mit beträchtlichem Flurschaden für die Aids-Prävention und für die Zivilisation – zumindest symbolisch an den sich hierfür anbietenden Gruppen der Fixer, der Prostituierten, der Gefangenen, der Beamtenanwärter und der Asylbewerber exekutiert.[12] Bis heute gibt es keine auch nur halbwegs fundierte Hypothese über die gesundheitspolitische Wirksamkeit dieses Ansatzes; die Begründung erschöpft sich in dem bequemen »Das haben wir immer so gemacht«. Die Vertreter der Suchstrategie haben sich durch das wissenschaftliche und politische Fiasko ihres Ansatzes nicht entmutigen lassen: sie tauchen überall auf, wo die Rede davon ist, den Test möglichst breit einzusetzen und bestimmte Gruppen ›zwangszutesten‹. Es geht dann um den ›Fuß in der Tür‹.

2. Notwendig ist der Test zweifelos in der *Forschung*. Angesichts immer noch großer Zonen von (qualitativen und quantitativen) Ungewißheiten über den äußeren *Übertragungsmechanismus* (wie kommt das Virus in die Blutbahn? wieviel Sperma bzw. Blut oder Virus ist erforderlich?) sowie über physische, psychische und soziale *Kofaktoren* sowohl der Infektion (wer nimmt das Virus auf und entwickelt Antikörper?) als auch des Übergangs in die Krankheit (wer wird nach wie langer Zeit krank?) besteht ein beträchtlicher Bedarf nach epidemiologischer und vor allem *sozialepidemiologischer Forschung*. Für solche Forschungen muß getestet werden. Weltweit haben sich hierfür bislang immer ausreichend viele Freiwillige gefunden, die in Kenntnis der für sie damit verbundenen Risiken an solchen Studien teilnehmen. Der Engpaß liegt hier in der Qualität der Forschung: die Mindeststandards in der Zusammenstellung, in der Erhebung vor allem nicht-medizinischer Parameter und der Auswertung werden in der Mehrzahl nicht erreicht.[13]
Ins Spiel gebracht wird der Test auch immer wieder als Mittel der Forschung zur epidemiologischen Messung. Dabei geht es um die Beantwortung der Frage, wie hoch der *Durchseuchungsgrad* der Bevölkerung und

wie groß infolgedessen die auf uns zurollende Welle der Aids-kranken und an Aids sterbenden Menschen ist. Gefordert wird zu diesem Zweck entweder die Testung einer »repräsentativen Bevölkerungsstichprobe« oder eine Totalerhebung (Durchtestung der gesamten Bevölkerung). Diesem Ansatz liegen mehrere Denkfehler zugrunde:

a) Die Wahl der adäquaten Präventionsstrategien gegen Aids (öffentliche und betroffenennahe Kampagne zur strukturgestützten Verhaltensbeeinflussung mit dem Ziel möglichst flächendeckender und zeitstabiler Benutzung von Kondomen und sterilen Spritzbestecken in Risikosituationen) ist unabhängig davon, ob nun 30 000 oder 100 000 Menschen das Virus in sich tragen und deshalb in Risikosituationen weitergeben können.

b) Eine »repräsentative Bevölkerungsstichprobe« für die HIV-Durchseuchung kann es nicht geben, da die »repräsentative« Verteilung der Risiken aufgrund zahlreicher offener Forschungsfragen in bezug auf den »äußeren Übertragungsmechanismus«, die Kofaktoren, die Latenzzeiten und die Ausbruchswahrscheinlichkeiten nicht ermittelt werden kann. Schon die allergröbste Klassifizierung der risikotragenden Gruppen stößt auf nicht behebbare Wissenslücken und nicht überwindliche Erhebungsprobleme: die Anzahl der immer oder häufig homosexuell aktiven Männer liegt wahrscheinlich irgendwo zwischen 1 und 2,5 Millionen, zwischen 50 000 und 200 000 Menschen bringen sich intravenös Drogen bei, der Prostitution gehen wahrscheinlich zwischen 200 000 und 400 000 Menschen nach, über das Ausmaß der hetero- und homosexuellen Promiskuität liegen nur vage Schätzungen vor, etc. Über die Verteilung von Risikoverhalten in diesen Gruppen läßt sich ebenfalls nicht viel sagen. Elementare Voraussetzungen der Erhebung einer in bezug auf Aids-Gefährdung »repräsentativen Bevölkerungsstichprobe« sind damit nicht gegeben, so daß sich die gravierenden Fragen der Freiwilligkeit der Teilnahme an einer solchen Untersuchung nicht stellen. (An den gleichen offenen Fragen scheitert auch jede Validitätskontrolle der speziell bei Apokalyptikern sehr beliebten Hochrechnungen und Prognosen.[14]) Ein Durchtesten der Bevölkerung für Forschungszwecke kommt angesichts der oben skizzierten ›Kosten‹ eines solchen Unterfangens ohnehin nicht in Frage. Denn für die Prognose notwendiger Betreuungs-, Behandlungs- und Bettenkapazitäten und der finanziellen Belastung des Sozialversicherungssystems sind solche, nur um den Preis eines extrem »starken Aids-Staates« zu gewinnenden Daten nicht erforderlich. Ebenso wenig werden sie benötigt, um Präventionskampagnen zu evaluieren und laufend zu verbessern. Dieser Informationsbedarf kann ohne jede Repression aus den derzeit verfügbaren vier ›Meßstellen‹ für die Verbreitung des Virus und der Krankheit hinreichend fundiert befriedigt werden:

– Jährlich fallen in der Bundesrepublik einige Millionen Blutspenden an, die ohnehin untersucht werden müssen und fast ausschließlich aus soziologisch zumindest grob bestimmbaren Bevölkerungsgruppen stammen, die subjektiv davon ausgehen, daß sie nicht Aids-gefährdet sind. (Von den Hauptbetroffenengruppen wird der Aufruf, kein Blut zu spenden, so gut wie vollständig befolgt.)
– Seit Februar 1987 werden die positiven Testergebnisse aus den zum Bestätigungstest ermächtigten Labors (Western blot) in anonymisierter Form zentral statistisch erfaßt.
– Mit sozialepidemiologisch fundierten Kohortenstudien auf der Basis von Information, Freiwilligkeit und Betreuung lassen sich problemlos Erkenntnisse über Verbreitung und Entwicklung von Aids in mehr oder weniger oder gar nicht risikotragenden Gruppen gewinnen.
– Die Fälle der Vollbilderkrankung an Aids werden mit hoher Meldetreue (höher als bei gesetzlichen Meldepflichten!) beim Bundesgesundheitsamt auf freiwilliger Basis gemeldet.
Durch eine soziologisch und epidemiologisch angeleitete Interpretation der Daten aus diesen vier ohnehin vorhandenen Quellen lassen sich in bezug auf Aids bessere und härtere Informationen über die Inzidenz (Neuinfektionen pro Zeiteinheit) und die Prävalenz (Anzahl der Infizierten bzw. Kranken zu einem Zeitpunkt) gewinnen als über die meisten anderen wichtigen Krankheiten in unserem Land. Von einer wissenschaftlich adäquaten Nutzung dieser Möglichkeiten kann aber gegenwärtig kaum die Rede sein, auch und gerade nicht durch jene, die statt dessen nach ›mehr Tests‹ rufen.

3. Differenziert ist der Test als Bestandteil einer *spezifischen medizinischen Behandlung* zu interpretieren. Zweifelsfrei erforderlich ist er im Rahmen der Ausschluß- und Differentialdiagnose, wenn Symptome vorliegen, die auf Aids oder seine unklaren Vor- bzw. Frühformen LAS oder ARC hindeuten. Wegen der Unsicherheiten der Testaussage kommt der HIV-Antikörpertest dabei erst *nach* der Prüfung von weniger ›invasiven‹ Diagnosealternativen in Betracht. Die Diagnose ›symptomlos HIV-infiziert‹ kann nur in Verbindung mit einer individuellen Risikoanamnese gestellt werden.
Unklar ist die Lage hinsichtlich möglicher *Interferenzen mit anderen Medikamenten:* Vereinzelte Befunde deuten darauf hin, daß zum Beispiel die Impfung mit Lebendimpfstoffen für HIV-Antikörperträger eine gesundheitliche Gefährdung darstellen kann. Auch die (medizinisch ohnehin häufig fragwürdige) Cortison-Behandlung könnte ein Risiko für HIV-Antikörperträger bedeuten. Wird ein solcher Verdacht durch Studien erhärtet, so würde sich daraus eine – eng eingegrenzte – Testindikation ergeben.

Zwar werden weltweit zahlreiche Medikamente erprobt, mit denen schon in der Phase der Symptomlosigkeit interveniert werden soll, um die Wahrscheinlichkeit des Krankheitsausbruchs zu vermindern, den Zeitpunkt des Ausbruchs der Krankheit hinauszuschieben oder die Infektiosität während der Symptomlosigkeit zu senken. Das Konzept der *Früherkennung zwecks Frühbehandlung* (Sekundärprävention) ist in seiner epidemiologischen Wirksamkeit auch hinsichtlich der Programme zur Krebsfrüherkennung etc. strittig.[15] Probleme mit völlig neuen Dimensionen entstehen hier mit der Entwicklung der Genom-Analyse.[16] Generell öffnet sich seit einigen Jahrzehnten die Schere zwischen den diagnostischen Möglichkeiten und den therapeutischen Fähigkeiten der Medizin, es kommt zunehmend zur Produktion von medizinischen Damoklesschwertern.

Aber während auf anderen Feldern wenigstens relevante Fraktionen der medizinischen Profession der Ansicht sind, daß es auch schon vor dem Auftreten von Symptomen eine risikomindernde oder lebensverlängernde Therapie gibt, ist dies bei HIV bzw. bei Aids nicht der Fall. Bislang hat kein einziges Medikament die Hürden der für den Masseneinsatz zwingend notwendigen klinischen Erprobung überwunden. So lange gibt es auch weder nach den weltweit anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst[17] noch nach der Reichsversicherungsordnung eine Indikation zur Früherkennung zwecks Frühbehandlung. Das kann (und wird sich wohl) irgendwann ändern. Es käme dann zu einer punktuellen Interessenüberschneidung zwischen den generellen Testbefürwortern und Hunderttausenden von potentiell Infizierten vor allem aus den Hauptbetroffenengruppen. Weil dies so ist, kursieren über neue Therpeutika praktisch wöchentlich neue Gerüchte, die oft genug aus medizinisch oder medizinpolitisch unseriösen Quellen stammen. Zum Teil wird auch gefordert, Medikamente zu diesem Zweck vorzeitig zuzulassen. Demgegenüber ist darauf hinzuweisen, daß die Hürden der Arzneimittelzulassung zum Beispiel durch die FDA in den USA weltweit als vorbildlich gelten und daß das gegenwärtig in der Bundesrepublik gültige Reglement des Arzneimittelgesetzes nicht zuletzt als Reaktion auf die Contergan-Katastrophe konstruiert wurde. Es steht zu hoffen, daß angesichts der Brisanz des Problems die Zulassungsbehörden (speziell das Bundesgesundheitsamt) und die beteiligten Wissenschaftler stark genug sein werden, dem Druck auf die qualitative Absenkung der Zulassungsstandards seitens marktinteressierter pharmazeutischer Unternehmen und dem gleichgerichteten Sog aus den hauptbetroffenen Gruppen, namentlich der organisierten homosexuellen Männer, zu widerstehen.[18] Im Zuge der Erprobung von Therapeutika und erst recht von Impfstoffen wird es ohnehin noch zu heiklen ethischen Problemen kommen.

Im Rahmen medizinischer Behandlung ist die Testung von Spenderblut, Blutprodukten, Transplantaten und Samenspenden zwingend erforderlich. Das nicht eliminierbare Restrisiko wird auf ca. 1:1 000 000 geschätzt.

4. Eine immer wieder behauptete Testindikation stellt auch die *Verhinderung von Neuinfektionen* außerhalb der bekannten Risikosituationen dar. Besonders in Krankenhäusern und Einrichtungen der Drogentheraphie, aber auch in Schulen, Betrieben und Gefängnissen wird oft der obligatorische HIV-Antikörpertest zum Schutz von Personal und Mitpatienten/Kollegen/Mitinsassen gefordert. Umgekehrt wird – teils als bloße Retourkutsche – auch die Forderung des Zwangstests für »körpernahe« Berufsgruppen (Ärzte, Pflegepersonal, Friseure, Köche etc.) erhoben.
Zunächst ist festzuhalten, daß auch in diesen Institutionen außerhalb der bekannten Risikosituationen ein relevantes Infektionsrisiko nicht besteht. Zwar ist die Anzahl der wahrscheinlich durch Blutkontakt mit Aids-Kranken in Krankenhäusern (Nadelstichverletzungen, Einbringen von infiziertem Blut in offene Wunden) Infizierten mittlerweile weltweit auf ca. 10 gestiegen. Ein Infektionsrisiko in diesen Bereichen kann danach nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden, ist aber in jedem Fall extrem gering. Die ungeklärten bzw. wahrscheinlichen Fällen sind vor dem Hintergrund von mittlerweile Hunderttausenden von Expositionsjahren von Ärzten, Pflegepersonal und Angehörigen im Umgang mit Aids-Kranken und in Relation zu den sonstigen Berufs- und Lebensrisiken zu sehen. Zudem sind diese Infektionen in der Mehrzahl bei Patienten aufgetreten, deren Serostatus bzw. Aids-Erkrankung bekannt war. Der Test hätte keine Erhöhung der Sicherheit gebracht.[19] Auch die US-amerikanischen Centers for Disease Control (CDC) sind deshalb nach wie vor bei ihrer bisherigen Einstellung geblieben: Einhaltung der Hygieneregeln im Krankenhaus, so als sei jeder Patient infektiös (z. B. mit HIV oder dem 20-100mal leichter übertragbaren Hepatitis B-Virus), kein Screening bei Krankenhausaufnahme.[20] Derzeit wird trotz klarer Rechtslage und trotz wiederholter Aufforderung seitens der Bundesregierung, seitens des Nationalen Aids-Beirats und auch seitens der Enquete-Kommission des Bundestages auf breiter Front gegen dieses Gebot verstoßen. Dahinter steht oft weniger der Wille zu mehr Prävention als vielmehr das Motiv, wenigstens hier ›den Fuß in die Tür‹ zu bekommen.
Immer noch fordern einzelne Landesversicherungsanstalten und Einrichtungen der Drogentherapie den HIV-Antikörpertest als Voraussetzung einer stationären Drogentherapie. Angesichts der Motivationslage der Rehabilitanden und der in den Einrichtungen leicht zu organisierenden Prä-

vention (Kondome) ist dies als präventions- und rehabilitationsfeindlich anzusehen. Besonders absurd ist die Situation in Gefängnissen[21]: Solange der Knast gegen die Evidenz als sex- und drogenfreier Raum definiert wird und deshalb die technischen Voraussetzungen der Prävention (Kondome, Spritzbestecke) ausgesperrt bleiben, kann über die Sinnhaftigkeit von Testprogrammen nicht ernsthaft diskutiert werden. Faktum ist, daß eine nicht infizierte Person, die im Gefängnis mit i.v.-Drogen in Berührung kommt, mit hoher Wahrscheinlichkeit infiziert wird: An den wenigen eingeschmuggelten Spritzbestecken (»Stationspumpen«) ›hängen‹ bis zu 25 Personen, der Drogenfluß in die Gefängnisse konnte trotz aller repressiven Bemühungen niemals unterbrochen werden. Vor allem Gelegenheits-Homosexualität ist im Gefängnis ständige und weitverbreitete Praxis.
Auch in Bildungseinrichtungen und Betrieben führt der Test nicht zu einer Steigerung der Aids-Sicherheit. Das gilt auch für Friseure, Köche, Masseure etc. Der HIV-Antikörpertest als faktische Einstellungsvoraussetzung im Rahmen betriebs- oder amtsärztlicher Einstellungsuntersuchungen bringt keinerlei gesundheitlichen Nutzen.

5. Eine jüngst entdeckte ›Indikation‹ für den HIV-Antikörpertest bildet der *Schutz der Allgemeinheit vor infektionsbedingten psychischen und mentalen Ausfällen von Infizierten.* Da Aids in vielen Fällen auch das zentrale Nervensystem betrifft, wobei es in späteren Krankheitsphasen zu schweren psychischen und mentalen Schäden kommen kann, wird gefordert, z. B. Jumbo-Piloten obligatorisch zu testen, da diese sonst mitten über dem Atlantik plötzlich durchknallen und den Vogel ins Meer versenken könnten. Weltweit gibt es keinen Fall, und zwar nicht nur nicht bei Jumbo-Piloten, bei dem es ohne vorherige Symptomatik zu solchen Störungen gekommen wäre. Zudem werden sämtliche Piloten in kurzen Abständen mehrstündigen, sehr ausgefeilten neurologischen Provokations- und Reaktionstests ausgesetzt. Die dabei eingesetzten Methoden erfassen die psychische, mentale und neurologische Leistungsfähigkeit weit sicherer und genauer, als jeder HIV-Antikörper-Befund dies je könnte. Im übrigen würden sich hier beträchtliche Probleme der Grenzziehung ergeben: Lokomotivführer, Busfahrer, Sportpiloten, Taxifahrer, Autofahrer, Verantwortungsträger ... sie alle gehen mit vitalen Gefährdungspotentialen um und verfügen nicht einmal wie die Piloten über den Kopiloten und ausgefeilte technologische Sicherungssysteme. Die immer wieder ins Spiel gebrachte Debatte über die Piloten gehört deshalb ebenfalls zum Kapitel ›Fuß in der Tür‹.

6. Gesellschaftlich strittig ist die Frage, ob der Test sinnvoll im Rahmen der gegenwärtig gesundheitspolitisch dominanten *Lernstrategie* eingesetzt werden kann und soll. Diese Strategie steht unter der Leitfrage: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil den gesellschaftlichen Lernprozeß, mit dem sich die Individuen, die Institutionen und die gesamte Gesellschaft auf das Leben mit dem vorläufig wohl unausrottbaren Virus einstellen können? Dabei soll ein Maximum an präventivem Verhalten erreicht werden, während zugleich Diskriminierung, Ausgrenzung und andere Gesundheitsschäden zu minimieren sind.[22]

Die Einbeziehung des Tests in diese Strategie steht unter dem zunächst einleuchtend klingenden Motto: »Nur wer seinen Serostatus kennt, verhält sich verantwortungsbewußt.« Insoweit dem die Vorstellung zugrundeliegt, daß fehlendes *Wissen* ein Hinderungsgrund für präventives Verhalten sei, basiert dies auf zwei Denkfehlern: Zum einen gelten für Nichtinfizierte und für Infizierte im Zweifel, das heißt in Risikosituationen, die gleichen Präventionsregeln; *die* müssen *gewußt* werden (und zwar nicht nur mit dem Kopf). Zum anderen weisen sämtliche Berichte aus Aids-Beratungsstellen, Aids-Hilfen, Gesundheitsämtern, Arztpraxen und Teststellen übereinstimmend darauf hin, daß Menschen, die tatsächlich infiziert sein *könnten*, dies auch in aller Regel wissen. Die Gegenprobe gibt es auch: Die extrem wenigen HIV-Antikörperträger unter den Blutspendern stammen, geht man den Fällen nur genügend nach, durchweg aus risikotragenden Gruppen. Die Figur des ›ahnungslos andere Menschen ansteckenden Infizierten‹ ist ein gesundheitspolitisches Phantom aus der Trickkiste der Apokalyptiker.

Ist es also kein Defizit des Wissens, das durch den Test im Rahmen der Lernstrategie behoben werden soll, so kann es sich nur um ein *Motivationsproblem* handeln, sozusagen in Umkehrung des Satzes: »Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß.« Soll der Test in diesem Sinne eingesetzt werden, so ergeben sich zahlreiche methodologische und auch ethische Probleme, die meist übersehen werden:

– Der Test wird – in Kenntnis seiner unerwünschten Wirkungen – nicht zum gesundheitlichen Nutzen des Patienten angewendet, sondern zum Nutzen der ›Gesundheit der Bevölkerung‹. Der gesundheitlich zum Teil massive Schaden, der dem Probanden damit zugefügt wird, wird in Kauf genommen. Der Arzt nimmt dabei den Standpunkt der Volksgesundheit *gegen* die Interessen seines Patienten ein. Da liegt das ethische Problem.

– Das methodologische Problem ergibt sich daraus, daß die »an sich« *unerwünschte* Wirkung des Tests (nämlich das Warten auf das Testergebnis, die Mitteilung desselben und die psychische Verletzung besonders dann, wenn

es positiv ist) zur eigentlich *erwünschten* gemacht wird. Dem liegt die Hypothese zugrunde, daß die Phase des Wartens bzw. die Mitteilung des Ergebnisses einen für die Prävention sinnvollen psychischen ›Schock‹, zumindest aber einen Lernimpuls auslöst. Solche Verschiebungen – ursprüngliche unerwünschte Wirkungen werden im Zuge von Therapieentwicklungen zu erwünschten Wirkungen – kommen in der Medizin häufiger vor. Sie stellen die medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitswissenschaftler allerdings zwingend vor die Aufgabe, *vor* der massenhaften Anwendung eines derart riskanten ›epidemiologischen Therapeutikums‹ dessen Wirksamkeit zu erproben und unter Beweis zu stellen.

Es ist für alle Zeiten festzuhalten, daß der Test breit, ungezielt und unkontrolliert zum Zweck der Verhaltensbeeinflussung eingesetzt wurde und wird, ohne die damit verbundenen Probleme der Ethik und der Wirksamkeit auch nur annähernd zu klären. An diesem Punkt waren die Regeln der Kunst nicht stark genug, um dem Druck aus Panik, Ausgrenzungswünschen und Diskriminierung zu widerstehen. Die gesundheitspolitische Leitlinie der Bundesregierung: »Wer soll sich testen lassen? Jeder, der glaubt, er könnte sich angesteckt haben« ist insofern ein klarer Verstoß gegen die Regeln der Kunst.[23]

Sollen nun – quasi im nachhinein – die Rationalität und die ethische Zulässigkeit dieses Ansatzes geprüft werden, so ergibt sich – grob vereinfacht – folgendes Bild[24]: Weltweit liegen über 40 Studien vor, die – meist am Rande anderer Fragestellungen – die Fragen behandeln: Entschluß zum Test, Vornahme des Tests, Mitteilung des Testergebnisses, Reaktion auf positive wie negative Testergebnisse. Die meisten dieser Studien wurden von Medizinern durchgeführt, denen dabei offensichtlich nicht immer klar war, daß sie mit solchen Fragen das Feld naturwissenschaftlich begründeter Therapie, Kuration und Betreuung endgültig verlassen und sich auf Gebiete begeben, deren Regeln von den Verhaltenswissenschaften (Psychologie, Sexualwissenschaft, Soziologie etc.) untersucht und beschrieben werden. Dies führt zum Teil zu haarsträubenden methodologischen Defiziten. Aus dem vorliegenden Material läßt sich nicht belegen, daß Test und Ergebnismitteilung eine nachhaltig positive Wirkung auf das präventionsrelevante Verhalten ausüben. Die durch Test und Ergebnismitteilung erzielbaren (zeitstabilen?) Verhaltensänderungen liegen nicht höher als diejenigen, die durch eine professionell gestaltete und betroffenennah durchgeführte Strategie der Verhaltensbeeinflussung (Aufklärung und Beratung) zu erzielen sind. Selbst wo es einen statistischen Zusammenhang zwischen Testteilnahme und gutem Präventionsverhalten gibt, sagt dies noch nicht viel über die Kausalität: Die internationale Literatur ist sich darüber einig, daß der entscheidende Schritt

zur Prävention dann getan ist, wenn ein Mann sich entschließt, etwas gegen Aids zu tun, zum Beispiel sich persönlich beraten zu lassen.
In der Effektivität der Präventionsbemühungen unterscheiden sich Länder, die massiv auf (freiwillige) Testung setzen, wie Schweden, nicht von Ländern, in denen namentlich promisk lebenden Menschen vom Test abgeraten wird (›Testentmutigungspolitik‹ in den Niederlanden). Länder mit anerkannt erfolgreicher Präventionsstrategie wie die Schweiz fordern nicht explizit zum Test auf. Der in San Francisco (unter völlig anderen Rahmenbedingungen) erreichte faktische Stillstand in der Ausbreitung von Aids ist ebenfalls nicht Produkt einer Testkampagne, sondern einer professionell ausgefeilten Verhaltensbeeinflussung in der gay community.
Jede Testkampagne bringt in bezug auf das Präventionsziel auch unerwünschte Wirkungen hervor: Signifikant viele negativ Getestete verhalten sich trotz aller Aufklärung nach dem Test riskanter als vorher. Das gleiche gilt auch für eine offenbar verschwindend geringe Gruppe der positiv Getesteten. Sie sind unter dem hier diskutierten Aspekt weniger als ›Kriminelle‹ und ›Desperados‹ zu betrachten, sondern als das iatrogene Ergebnis eines nicht fundierten ›Therapiekonzepts‹.
Aus der Summe der Studien läßt sich eine ganz andere Schlußfolgerung ziehen: Entscheidend für den Präventionserfolg ist nicht der Test, sondern die Qualität der Präventionskampagne und besonders der persönlichen Beratungen. Qualität und Quantität der individuellen Präventionsberatungen (nicht: Testberatungen!) wären zu maximieren. Sie bestehen aus
– einer individuellen Risikoanamnese (gab oder gibt es überhaupt ein relevantes Risiko?),
– einer individuellen Risikoaufklärung (wo kann man sich nicht infizieren, wo liegen reale Risiken?),
– einer individuellen Präventionsberatung (persönliche Erörterung der Schutzmöglichkeiten des Kondoms und der Einwegspritzen, individuelle, einfühlende Erörterung der für Aids-Prävention notwendigen Verhaltensänderungen und der Widerstände dagegen).
Dann erst ist in einem die Lebensform und die Lebensweise des Klienten akzeptierenden Gespräch die Frage zu erörtern, ob ein Test indiziert ist. Die Entscheidung darüber muß in letzter Instanz eine nicht nur formal *freie* Entscheidung des Klienten sein. Und zwar nicht aus irgendwelchen sozialromantischen Gründen, sondern unter dem Gesichtspunkt der maximalen Effektivität von organisierten Lernprozessen. Die Testentscheidung ist (keineswegs schematisch) in Abhängigkeit von der Lebenssituation und dem Lebensstil des Klienten von diesem selbst zu treffen. Menschen, die in der Vergangenheit ›einmal‹ oder ›hin und wieder‹ Risikosituationen durch-

lebt haben, von denen aber sowohl aufgrund eigener Einschätzung als auch aufgrund der Einschätzung des Beraters (ein ›guter‹ (?) Vorsatz in bezug auf Sexualverhalten ist noch keine Änderung des Lebensstils oder gar der sexuellen Identität!) zu erwarten steht, daß sie hinfort kein Risiko mehr eingehen werden (das heißt, daß sie im Zweifelsfall außerhalb ihrer Primärbeziehung wirklich das Kondom benutzen), kann zu einem ›Bilanztest‹ geraten werden, wenn ihnen damit eine für sie wichtige Sorge genommen wird. Allerdings entsteht dabei ein Dilemma: Der Ratschlag zum Test ist umso eher zu vertreten, je geringer die Wahrscheinlichkeit eines positiven Testergebnisses ist. In diesen Gruppen (zum Beispiel regelmäßig monogam lebende Hetero- und Homosexuelle mit gelegentlichen Seitensprüngen) ist aber auch die Wahrscheinlichkeit von falsch positiven Befunden und damit von artifiziellen Lebenskatastrophen besonders hoch. In *jedem Fall* ist der Ratschlag zum Test nur vertretbar, wenn die Unsicherheit der Aussage und die Tragweite eines positiven Testergebnisses *vor* dem Test vermittelt werden konnten und wenn zugleich geklärt ist, wie im Falle eines positiven Befundes die Krise aufgefangen werden soll.

7. Schließlich wird der HIV-Antikörpertest auch als Bestandteil *individueller Sicherheitsstrategien* diskutiert. In der Mehrzahl der Fälle dürften individuellen Entscheidungen für den Test fragwürdige, nicht zu Ende geführte und Leichtsinn stiftende Überlegungen zugrunde liegen. Auf der anderen Seite gibt es Konstellationen, in denen unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts vom Test nicht abgeraten werden sollte. So kann zum Beispiel Frauen, die schwanger werden möchten bzw. es schon sind, die Güter- und Risikoabwägung für sie selbst und ihr Kind in letzter Instanz nicht abgenommen werden. Wer in der Vergangenheit verschiedentlich Risikosituationen durchlebt hat und dies subjektiv für die Zukunft ausschließen zu können glaubt, verlangt auch häufig nach dem Test. Übersehen wird meist die Unsicherheit der Antwort. Überdies berichten Aids-Berater übereinstimmend, daß jeder und jede mit einem negativen Testergebnis rechnet, auch wenn er/sie in der Beratung das Gegenteil sagt. Die Folgen eines positiven Testergebnisses werden trotz Beratung meist nicht konkret antizipiert. Auch hinsichtlich der jeweiligen Konsequenzen für die Beziehungskonstellation und der Sicherheit der Prognose Aids-sicheren Verhaltens ergeben sich hier für die Beratung komplizierte, nur je individuell zu lösende Probleme.[25]

Eine letzte Gruppe mit oftmals überhaupt nicht erfüllbaren individuellen Sicherheitsbedürfnissen stellen die quantitativ zunehmenden Aids-Hysteriker dar, die – meist ohne jedes zugrundeliegende Risiko – die Aids-Hilfen,

Beratungsstellen, Gesundheitsämter und Arztpraxen nach jeder aktuellen Horrormeldung verstärkt heimsuchen. Diesen Menschen ist oft nur mit einem negativen Testergebnis zu helfen. Aber nicht immer: Es sind Fälle bekannt, in denen solche Opfer der Aids-Berichterstattung sich bei verschiedenen Institutionen mehr als zehnmal haben testen lassen.

Anmerkungen

1 Vgl. Rolf Rosenbrock, *Aids kann schneller besiegt werden – Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit*, Hamburg 1986 (²1987). Einiges davon findet sich auch im Zwischenbericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages, *Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung*, BT-Drucksache 11/2495 vom 16. 6. 88, Bonn. Eine Kurzfassung des Buchs (dp 86-210: *Aids und präventive Gesundheitspolitik*) gibt es beim WZB, Reichpietschufer 50, 1000 Berlin 30. Der Zwischenbericht ist als Broschüre *(Aids: Fakten und Konsequenzen)* beim Deutschen Bundestag, Bundeshaus, 5300 Bonn 1, zu haben. Beides kostenlos.

2 Thomas McKeown, *The role of medicine – dream, mirage or nemesis?*, Oxford 1979. Deutsch: *Die Bedeutung der Medizin für die Gesundheit*, Frankfurt 1982.

3 Vgl. Heinz Harald Abholz, »Das Dilemma medizintechnischer Innovation«, in: *Technologie und Medizin*, Argument-Sonderband 141, Berlin 1986, S. 29 ff.

4 Rolf Rosenbrock, »Prävention – warum sie nicht stattfindet und was zu tun ist«, in: *Dr. med. Mabuse*, 12. Jg., Nr. 47, April/Mai 1987, S. 50 ff.

5 Frank Rühmann, *Aids – eine Krankheit und ihre Folgen*, Frankfurt/New York, ²1985.

6 Vgl. u. a. Günter Flatten/Peter G. Allhoff, *Aids als Problem der kassenärztlichen Versorgung*, Köln 1987, S. 21 ff., sowie als medizinisches Überblickswerk: G. P. Wormser/R. E. Stahl/E. J. Bottone, *Aids and the other manifestations of HIV-infection*, New Jersey 1987.

7 Vgl. o. V.: »Aids – Western-blot-Test in den USA oft unzuverlässig«, in: *Fortschr. Med.* 106. Jg. (1988), Nr. 11, S. 13.

8 Außer Betracht bleibt hier der Einsatz des Tests zur juristischen Beweissicherung im Rahmen von Straf- und Haftungsrecht. Aus gesundheitsbezogenem Gesichtswinkel ist auf den meist übersehenen Aspekt hinzuweisen, daß eine Beweissicherung, die antipräventive und gesundheitsschädliche Effekte auslöst, auch rechtlich nicht unproblematisch sein kann. Vgl. im übrigen: Manfred Bruns, »Aids, Alltag und Recht«, in: *MDR*, 41. Jg., Nr. 5, S. 353 ff., sowie Günter Frankenberg, *Aids-Bekämpfung im Rechtsstaat*, Baden-Baden 1988.

9 Vgl. hierzu vor allem die ausgezeichnete Studie von Allan M. Brandt, *No magic bullet. A social history of venereal disease in the United States since 1880*, New York, Oxford 1987.

10 Die Minimierung der Anzahl diesbezüglich unfreiwilliger Situationen (Vergewaltigungen) ist mit und ohne Aids eine nicht mit den Instrumenten der Seuchenstrategie zu lösende Aufgabe der Politik im weitesten Sinne.

10a Bertino Somaini (Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheitswesen der Schweiz), in: Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode, Enquete-Kommission Aids, 9. Sitzung v. 15. 10. 87 (sten. Prot.), S. 60.

11 Zum Beispiel: Gert G. Frösner, »Wie kann die weitere Ausbreitung von Aids verlangsamt werden?«, in: *Aids-Forschung (AIFO)*, 2. Jg. (1987), Heft 1, S. 61-65, sowie K. D. Bock, »Aids, die unbewältigte Herausforderung«, in: *AIFO*, 2. Jg. (1987), S. 357 ff.
Vertreter der ›Suchstrategie‹ übersehen regelmäßig, daß ihr Ansatz aus dem Gesundheitsproblem Aids ein Polizeiproblem macht, was – jenseits aller Zivilisations- und Bürgerrechtsfragen – verheerende Auswirkungen auf das gesellschaftliche Lernklima hat und ein gefährliches, weil falsches Gefühl von Sicherheit vermittelt. Zum Vergleich der beiden Strategien: R. Rosenbrock, »Politik mit und gegen Aids«, in: *Blätter für deutsche und internationale Politik*, 32. Jg. (1987), Heft 9.

12 Vgl. Bayerische Staatsregierung, »Aids: Vollzug des Seuchenrechts, des Ausländerrechts und des Polizeirechts. Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Inneren vom 19. Mai 1987, Nr. IE/IA/IC-5280-8.2/7/87«, in: *Ministerialamtsblatt der bayerischen inneren Verwaltung*, 39. (106.) Jg., Nr. 10, S. 246-256. Mit Maßnahmen nach diesem Zwangskatalog, der zeitlich und sachlich *vor* den bayerischen Maßnahmen zur Aufklärung und Betreuung in Kraft gesetzt wurde, konnten im ersten Halbjahr sechs Drogenbenutzer, ein Stricher, eine Prostituierte und zwei Asylbewerber amtlich als HIV-positiv ermittelt werden. Gegen 25 Personen aus Nicht-EG-Ländern, darunter 15 Prostituierte und 6 Fixerinnen, wurden ›aufenthaltsbeendende Maßnahmen‹ ergriffen (vgl. *Der Spiegel*, Nr. 13/1988, S. 45 ff.). Unter Präventionsgesichtspunkten ist dieser Effekt kaum größer als null und mit Sicherheit um ein Vielfaches geringer als der am Lern-, Aufklärungs- und Beratungsklima angerichtete Schaden.

13 Vgl. beispielhaft H. R. Brodt/E. B. Helm/A. Werner/A. Joetten/L. Bergmann/A. Klüver/W. Stille, »Spontanverlauf der LAV/HTLV-III-Infektion«, in: *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 111. Jg. (1986), Heft 31/32, S. 1175 ff., sowie die methodologische Kritik hieran in meinem Buch (vgl. Anm. 1), S. 96-100.

14 Vgl. Ulrich Clement, »Höhenrausch«, in: V. Sigusch (Hg.), *Aids als Risiko*, Hamburg 1987, S. 210-217, sowie Methodenkritik in meinem Buch (vgl. Anm. 1), S. 163-165.

15 Vgl. Heinz Harald Abholz, »Was ist Früherkennung, was kann sie leisten?«, in: *Grenzen der Prävention*, Argument-Sonderband 178, Hamburg 1988, S. 63-99.

16 Vgl. Rolf-Michael Catenhusen/Hanna Neumeister (Hg.), *Chancen und Risiken der Gentechnologie. Bericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages*, München 1987.

17 Vgl. die weltweit anerkannten Regeln in W. W. Holland/R. Detels/G. Knox (Eds.), *Oxford Textbook of Public Health*, Oxford 1985, sowie J. M. G. Wilson/G. Jungner, *Principals and practice of screening of disease*, WHO, Genf 1968/1971, sowie J. M. G. Wilson, »Some principles of early diagnosis and detection«, in G. Teeling-Smith (Ed.), *Surveillance and early diagnosis in general practice*, Office of Health Economics, London 1986. Eine sachlich analoge Regelung findet sich in § 181a RVO, wonach ›Früherkennungsuntersuchungen‹ auf nicht behandelbare Krankheiten kein Bestandteil der Prävention oder Krankenversorgung im Rahmen der GKV sein können.

18 Vor allem in den USA hat sich im Umkreis der gay community in den letzten Jahren ein unüberschaubarer ›grauer Markt‹ mit (noch) nicht zugelassenen Arzneimitteln bzw. Placebopräparaten entwickelt, die z. T. in ›guerilla clinics‹ sowohl an symptomlos Infizierte als auch an Kranke verabreicht werden. Unter der Devise ›Selbstbestimmung der Betroffenen‹ handelt es sich dabei um massenhafte freiwillige Menschenversuche mit z. T. nicht kontrollierbaren Risiken.

19 Vgl. Michael Ippen, *Zum Risiko einer berufsbedingten Übertragung der HIV-Infektion bei Gesundheitsberufen*, Literaturstudie im Auftrag der Gesundheitsbehörde Hamburg, 1988;

sowie Centers for Disease Control, »Up-date: Acquired immuno deficiency syndrom and human deficiency virus infection among health-care workers«, in: *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 37. Jg. (1988), S. 229-234.

20 Centers for Disease Control, »Up-date: HIV-infections in health-care workers exposed to blood of infected patients«, in: *MMWR*, 36. Jg. (1987), S. 285-289.

21 Vgl. Johann Singhartinger, *Aids als Anlaß – Kontrolle als Konzept. Entwicklungen am Beispiel Strafvollzug*, München 1987.

22 Vgl. R. Rosenbrock, »Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von Aids«, WZB-IIVG/pre87-209, Berlin (kostenloser Bezug, vgl. Anmerkung 1), abgedruckt u. a. in: *AIFO*, 3. Jg. (1988), S. 163 ff.

23 Die z. T. dominante Orientierung auf den Test mindert außerdem die Effektivität der staatlichen Präventionskampagne, weil auf diese Weise die wichtigste Präventionsbotschaft (safer sex und Einwegspritzen) mit der Testbotschaft ›verrauscht‹ wird. Überdies wird gegen den Grundsatz verstoßen, daß Präventionsbotschaften so eindeutig und so simpel wie möglich sein müssen.

24 Vgl. Sigrid Michel, *HIV-Antikörpertest und Verhaltensänderung*, Literaturgutachten im Auftrag des Wissenschaftszentrums Berlin, Berlin 1988.

25 Vgl. Sophinette Becker/Ulrich Clement, »HIV-Infektion und Sexualität«, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 84. Jg. (1987), S. 1223-1226, sowie Martin Dannecker, »Haben Sie Angst vor Aids?«, in: *Sexualmedizin*, 16. Jg., S. 294-298, sowie die Erörterungen in meinem Buch (vgl. Anm. 1), S. 123-126.

„Auflehnung gegen die Schwerkraft."

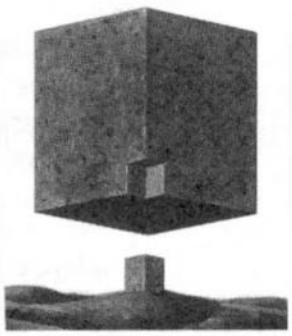
. . . das ist fast schon ein Programm. Wir laden ein zur Lektüre.

356 Seiten, Leinen
39,80 DM

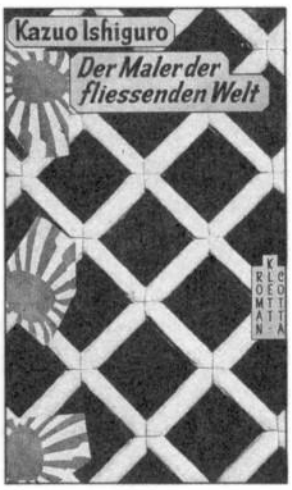
Die Ereignisse des verhängnisvollen letzten Regierungsjahres Sukarnos bilden die Kulisse für einen Polit-Thriller, wie ihn Graham Greene hätte schreiben können, und für die menschliche Tragödie von enttäuschter Hoffnung, verratener Freundschaft, verschmähter Liebe.

140 Seiten, Leinen,
26,- DM

Eine Schneenacht auf dem Hügel von Montmartre. Die Lebensschicksale einiger



Außenseiter der Gesellschaft berühren sich für ein paar Stunden. Eine Erzählung von unerbittlicher Melancholie nach der Marcel Carné 1938 einen großen Film drehte.



247 Seiten, Leinen,
36,- DM

Der Zweite Weltkrieg ist vorüber. Japan beginnt mit dem Wiederaufbau der zerstörten Städte. Es ist das Jahr 1948. Masuji Ono, ein Maler, der sein Metier längst aufgegeben hat, blickt auf sein langes Leben zurück und auf seine Karriere, die eng mit der nationalistischen Bewegung der dreißiger Jahre verbunden war.

196 Seiten, Linson,
28,- DM

Erzählt wird von Henri, der Napoleon vergöttert. Um dem Kaiser nahe zu sein, läßt sich Henri anwerben. Zur selben Zeit wächst in Venedig, Stadt der Masken und Geheimnisse, die schöne Villanelle heran. Sie trifft eine Frau, an die sie ihr Herz verliert. Henri und Villanelle begegnen sich. Beide haben erfahren, daß Liebe anders ist, als sie meinten. Henri verliert darüber den Verstand und wird zum erstenmal frei; Villanelle bleibt, wie sie war: Mit ihrem Boot streift sie durch Venedig, und manchmal fährt sie über die Lagune, vorbei an Henris Fenster.

Fordern Sie den Prospekt P 903 467 an.

Klett-Cotta

Postfach 10 60 16, 7000 Stuttgart 10

Neu im Verlag Hans Huber

Paul Watzlawick

Münchhausens Zopf

oder: Psychotherapie und «Wirklichkeit». 1988, 208 Seiten, 5 Abbildungen, kartoniert Fr. 26.— / DM 29.80
ISBN 3-456-81708-8

Ist es möglich, sich in der leider unleugbaren Ermangelung eines archimedischen Punktes doch am eigenen Schopf aus dem Rahmen der Welt zu ziehen und sie dann von aussen «mit neuen Augen» zu sehen?

Pöldinger Walter (Hrsg.)

Aspekte menschlichen Befindens und Verhaltens

Mit Beiträgen von Willy Haefely, Hans Küng, Horst Eberhard Richter, Paul Watzlawick. 1987, 109 Seiten, 8 Abbildungen, kartoniert Fr. 26.— / DM 29.80

Bekannte Fachleute beschäftigen sich in diesem Buch mit den Grundlagen menschlichen Befindens und Verhaltens.

Pöldinger Walter (Hrsg.)

Angst und Angstbewältigung

Mit Beiträgen von D. Fehlbaum, A. Finzen, M. Philipp, W. Pöldinger und P. Watzlawick. 1988, 95 Seiten, 18 Abbildungen, kartoniert Fr. 26.— / DM 29.80

Der Band gibt einen Einblick in die aktuelle Angst-Forschung.

Michael G. Koch

AIDS - die lautlose Explosion

Debatte und Realität:
Antworten eines Widerständlers auf 100 Fragen der Medien zur Seuchenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland

Der Arzt und Epidemiologe Dr. Michael G. Koch ist seit Januar 1988 wissenschaftlicher Berater des bayerischen Innenministeriums zum Thema AIDS-Aufklärung. Er hat seither zahlreiche Interviews in den verschiedensten Medien gegeben, die oft verzerrt, gelegentlich direkt falsch wiedergegeben wurden. Koch hat daher in seinem neuen Buch die häufigsten 100 Fragen zusammengestellt und sorgfältig beantwortet.

Sein erklärtes Ziel ist es, die Debatte über dieses zentrale medizinische und gesundheitspolitische Problem unserer Zeit auf ein sachliches Niveau zurückzuführen. Das Buch macht durch eine gründliche Behandlung des ganzen Fragenkomplexes deutlich, daß eine effektive Seuchenpolitik, einschließlich der Anwendung geltender Seuchengesetze, den Rahmen eines Rechtsstaates nicht sprengt, sondern die durch den Gesetzgeber verbindlich gebotene, einzig verfassungskonforme und sachlich angemessene gesundheitspolitische Reaktion auf diese Bedrohung darstellt. Jede zur Zeit noch verlockend erscheinende Alternative ist auf lange Sicht unheilträchtiger.

Man kann sich heute nicht mehr zur AIDS-Problematik äußern, ohne dieses Buch gelesen zu haben.

1988, 247 S., 7 mehrfarbige Abb., 36,- DM, ISBN 3-7890-1678-0

Nomos Verlagsgesellschaft
Postfach 610 • Baden-Baden

Aids als Chance?

Fragen an einen HIV-Infizierten

Es ist ein Jahr her, daß Sie den Test gemacht haben. Können Sie sich an diesen Tag noch erinnern? Wissen Sie noch, was für ein Wetter war, um es mal ganz platt zu sagen?

Ja, es war ein Spätsommernachmittag, es war sonnig, und ich hatte das Gespräch über das Testergebnis im Robert-Koch-Institut auf einen Termin nach Schulende gelegt. Etwa um halb vier bin ich dort angekommen und traf den Arzt, der mir sehr gut in Erinnerung geblieben ist, auf dem Flur im 4. Stock. Ich stellte mich vor, ich gab ihm meine Nummer, und er holte dann das Testergebnis aus einer Registratur heraus. In dem Moment betrachtete ich sein Gesicht, und es war steinern geworden, ausdruckslos. Wir gingen dann schweigend zum Aufzug. Im Aufzug standen wir uns gegenüber, ich schaute ihn an, fast wie ein Orakel. Ich versuchte, in seinem Gesicht zu lesen, er blickte an mir vorbei, wir betraten den kleinen Gesprächsraum im Hochparterre des Robert-Koch-Instituts, und ich nahm Platz, ich wußte in dem Moment, daß ich HIV-positiv bin. In keiner Minute zuvor hatte ich mit einem solchen Ergebnis gerechnet. Ich war einfach so in die Testsituation hineingegangen, ein neues Liebesverhältnis war der Anlaß, mir Rechenschaft über mein bisheriges sexuelles Leben zu geben, so betitelte ich das Unternehmen. Dort saß ich also nun, und ich hörte aus seinem Mund: Sie sind mit dem Virus in Berührung gekommen, und dann schluckte ich erst einmal, denn mit diesem Satz war das Urteil gefällt, so habe ich es begriffen. Es war in der damaligen Situation, vor einem Jahr, so viel wie ein Todesurteil. Ich sackte zusammen und hörte mir dann seine Standardsätze an, die mich darauf hinwiesen, daß ich nun beim Geschlechtsverkehr ein Kondom benützen müßte, also mich geschützt zu verhalten hätte, daß ich mich nicht mehr zu Organtransplantationen und Bluttransfusionen zur Verfügung stellen dürfe und überhaupt ein Leben zu führen hätte, das auf Entspannung und Streßvermeidung zielt. Ich fragte ihn dann noch, was er mir für eine Lebensaussicht gebe, und er sagte, angesichts des Ergebnisstandes könne er keine bestimmte Prognose stellen. Es sei möglich, daß ich zwei Jahre, vier Jahre, sechs Jahre ... eben das wisse

man nicht. Aber bei mir kam nur die Information an: dein Leben hat eine Begrenzung gefunden, die Zeit deines Lebens ist bemessen. Es gab in diesem Gespräch keinen Ansatz zur psychologischen Stützung; auf dem Tisch lag ein Informationszettel der Berliner Aids-Hilfe, ich merkte, daß da eine Arbeitsteilung bestand. Dem Arzt war natürlich eine solche Mitteilung äußerst unangenehm, also hielt er sich selber emotional bedeckt, denn es ist ja nur möglich, psychologisch auf die jeweilige emotionale Situation des Gesprächspartners einzugehen, wenn man selber bereit ist, sich emotional zu öffnen. Das war ihm nicht möglich. Die Verschlossenheit in seinem Gesicht, die Reserviertheit blieb erhalten, und so drückte er mir diesen Zettel in die Hand, Berliner Aids-Hilfe, Beratungsstunden, Positivengruppen und sonstiges. Ich verabschiedete mich und ging dann wieder nach draußen zum Auto, die Sonne schien immer noch, und sie wärmte mich unendlich. Nach der Kälte des Raumes – der Raum war durch die Mitteilung dieses Ergebnisses kalt für mich geworden – spürte ich die Sonnenstrahlen draußen sehr intensiv und tat dann, was ich ohnehin für diesen Tag vorgehabt hatte: ich wollte noch in die Bibliothek, um dort einiges nachzulesen und mich auf den Unterricht für den nächsten Tag vorzubereiten. Auf dem Weg dahin hatte ich seltsame, sehr widersprüchliche Gefühle, es waren sozusagen erste Aufbrüche.

Haben Sie sich in diesem Moment Gedanken darüber gemacht, wer Sie infiziert haben könnte?

Nein, das waren Überlegungen, die kamen erst am zweiten, dritten Tag. Auf der Fahrt zur Bibliothek hatte ich zuallererst das Gefühl, Gott sei Dank, dieses beschissene Leben endet nun, ohne daß du Hand an dich legen mußt. Dieses Leben geht vorüber. Du kannst diesem Virus am Ende noch dankbar sein, daß er die Zahl deiner Jahre begrenzt, denn dein Leben war ja bislang ein mörderischer Kampf, also innerlich gesehen. Das zweite Gefühl war geradezu entgegengesetzt, ich merkte, daß ich etwas in mir hatte, was andere nicht haben, ich fühlte mich geschwängert, fühlte mich durch diesen Virus wie ...

Privilegiert?

Privilegiert ist für diesen Zeitpunkt, für die Fahrt vom Institut zur Bibliothek, zu viel gesagt, aber sicherlich ist HIV-positiv zu sein letztlich ein Identitätszuwachs. Ich gehöre zu jener privilegierten Gruppe von 30 000 bis 100 000 Infizierten in der Bundesrepublik – so lauten ja die seriösen Schätzungen, alles andere ist absolute Panikmache –, also zu jenem erlauchten und engen Kreis, der bedroht ist in der Spanne des Lebens, aber gleichzeitig auch ausgezeichnet ist durch ein Identitätsmerkmal, das der Rest der Bevölkerung nicht hat.

Aber der Preis, den Sie dafür zahlen, ist ja ziemlich hoch.
Das ist richtig. Aber ist das nicht gesellschaftlich üblich, gibt es nicht sozusagen Identifikationsangebote wie hochkarätige Motorräder, die, wenn sie auf den Autobahnen ausgefahren werden, ebenso Todesrisiken darstellen für den Fahrer selbst und für die Bevölkerung? Also nicht nur Krankheitsnachweise können zur Identifikationsverstärkung führen, es gibt auch Konsumidentifikationen, die ja hierzulande zuhauf angeboten werden. Indentitätsschwache Personen suchen ja häufig Verstärkung in dem, was ihnen angeboten wird, in der Konsumwelt, in der Touristik, wo auch immer.
Ich wüßte gern, wie im Alltag, in Ihrem Leben, in Ihrem Tagesablauf, dieses Ergebnis Sie jetzt prägt. Was ist anders geworden seither?
Das ist ein Prozeß, der sich schon über die Dauer eines Jahres erstreckt, und Prozesse haben es an sich, daß sie sozusagen in jeder Phase anders schillern. Ich will vom nächsten Tag reden. Ich mußte ja wieder in die Schule und fand das auch sehr erleichternd: plötzlich hatte die Routine, die ich sonst lästig und mühselig finde, einen ganz neuen Stellenwert erhalten. Die Schule erschien mir als so etwas wie ein Rettungsboot. Ich konnte mich an eine Routine halten, ich konnte mich auf meine Unterrichtsfähigkeit verlassen, und ich blieb unter Menschen. Aber als ich die Schule betrat, verspürte ich einen Riß in mir wie nie zuvor, nämlich: Hier kommt ein dem Tode Geweihter, und dort sind lauter Jugendliche, die ich als Lehrer zum Leben befähigen soll, indem ich ihnen Kenntnisse und Verhaltensweisen, Normen usw. vermittle, und das schmerzte im ersten Augenblick so stark, daß ich dachte, in was für einer paradoxen Situation steckst du denn jetzt. Hier bist du, einer, der aus dem Leben herauszugehen hat, und bist beruflich beauftragt, den Jugendlichen zu ihren Lebensentwürfen zu verhelfen, ihnen Fähigkeiten zu vermitteln. Das war ein Riß zwischen den Lebenszeitbesitzern – und gerade Jugendliche sind ja unglaublich anmaßend in ihren Lebensentwürfen, gesundheitliche und sonstige Risiken, auch ökologische, werden zwar zunehmend mitbedacht, aber auch wieder verdrängt, wenn es um die Lebensspanne, die sie für sich in Anspruch nehmen, geht – dort also die Lebenwollenden und hier derjenige, der nun etwas wußte, nämlich ein Testergebnis hatte, das allgemein so interpretiert wurde, daß es ein Todesurteil sei.
Waren Sie eifersüchtig oder neidisch auf die Jugendlichen?
In der ersten Zeit ja. Ohne Zweifel habe ich jeden, der nicht HIV-positiv war, keinen Krebsbefund, keine Kreislaufstörungen usw. hatte, beneidet.
Es gibt aber schon einen Unterschied zwischen Kreislaufstörungen und HIV-positiv!
Es ging erst einmal um den Unterschied zwischen gesund und krank, um

die Einschränkung des Lebens, die mit Krankheit oder drohender Krankheit verbunden ist. Ich sah mich nun plötzlich in eine Welt eintreten, mit der ich mich nie beschäftigt hatte, nämlich mit Krankheiten, denn ich merkte, ich werde nicht sofort sterben, sondern es wird ein Prozeß des Aus-dem-Leben-Tretens sein, also der sozialen Ausgliederung und dann der körperlichen Aussonderung bis hin zu einer letalen Schwäche. Also streckte sich die Zeit, die ich zuerst für sehr kurz befunden hatte, dann doch in den nachfolgenden Wochen, die Spannung zwischen den Lebenden dort und mir, dem Todgeweihten, diese Spannung wich wieder oder weichte auf, sie wurde ertragbar, so will ich einmal sagen, und der Schmerz verging.

Sie haben eben das Stichwort Krebskranke genannt. Ich weiß auch aus Gesprächen mit Krebspatienten, daß sie, so absurd das klingen mag, sagen, angesichts der Todesbedrohung, der Auseinandersetzung mit dem Sterben, hätten sie gelernt zu leben. Ihr Leben sei radikaler, intensiver geworden, seit sie wissen, daß es endlich ist. Ist es das, was Sie meinen?

Ja, es bewegt sich etwas, wenn Sie mit der Endlichkeit Ihres Lebens konfrontiert sind. Aber was bewegt sich? Ich denke, daß diese Aussagen mehr von Hoffnung als von tatsächlichen Persönlichkeitsveränderungen getragen sind. Den Radius persönlicher Veränderung, auch im Angesicht des Todes, schätze ich als äußerst gering ein, die Konditioniertheit des Menschen von Geburt an ist eine unendlich starke Kraft, so daß es schon einiges bedeutet, selbst leichtere Konditionierungen aufzubrechen. Das will ich mal vorwegschicken. Im Laufe der Zeit, nachdem die tägliche unendliche Beschäftigung mit diesem über mich gesprochenen Todesurteil sich entkrampft hatte, wurden dann auch wieder Gedanken an mein Leben möglich, und es kam der Wunsch auf, mein Leben zu radikalisieren, die mir verbleibende Spanne zu nutzen. Nun ist natürlich das Wort »ich möchte radikal werden« ein sehr großes Wort. Was bedeutet es? Es heißt letztlich, ich möchte mir nahe kommen, ich möchte soweit wie möglich all das, was ich als Homosexueller, der durch die Mühle der heterosexuellen Sozialisation gegangen ist, mit mir schleppe – und dazu zähle ich zuallererst die heterosexuelle Mitgift, die jeder Homosexuelle nahezu ein Leben lang an sich spürt –, eben all das, was ihn hindert, er selbst zu sein, abkratzen.

Wer war denn der erste, dem Sie von diesem Ergebnis haben erzählen können? Gibt es jetzt Menschen und gab es sie damals?

Es gab sie vor einem Jahr nicht, sondern ich habe mich vier, sechs Wochen mit diesem Ergebnis allein herumgeschleppt und erste Abklärungen in mir abgewartet und bin dann in eine der Positivengruppen gegangen, habe mich einfach umgeschaut, wie gehen andere Männer mit diesem Schicksal um. Dort war eine Situation, in der ich mich öffnen konnte. Mit dieser neuer-

worbenen Indentifizierung, die ja gesellschaftlich äußerst negativ gewertet wird, bekam ich in solchen Gruppen zum ersten Mal wieder Bretter unter die Füße. Ich befand mich damals im Grunde genommen in der gleichen Situation wie in der Zeit, als ich erkannte, daß ich homosexuell bin. Zuerst fühlte ich mich alleine, und dann, nach einer Zeit des Abwartens, gab es einen Sozialisationseffekt, ich wandte mich Gruppen zu, in denen eine Art Selbstbewußtsein aufgebaut wurde, so wie jetzt in den therapeutischen Gruppen für HIV-Positive. Da wird sicherlich seitens der Leiter sehr viel Kraft von außen hineingepumpt, auch geliehene Kraft, die, wenn sie nicht zu einem inneren Zündungseffekt bei den einzelnen führt, immer geliehen bleibt. Es können auch Abhängigkeitserscheinungen seitens der Teilnehmer gegenüber dem Therapeuten auftreten, aber das war bei mir nicht der Fall, sondern nach etwa einem halben Jahr konnte ich mich aus einer dieser Gruppen, die ich besuchte, wiederum lösen. Das Ergebnis hatte in mir Platz genommen, ich konnte mich wieder nach außen wenden, konnte Rückzugstendenzen, die mir stets eigen sind, aufgeben.

Kann man dann sagen, daß die Bedrohung durch Aids auch die Chance in sich birgt, neue Formen des Lebens und des Bewußtseins zu finden, oder ist es genau umgekehrt, wird durch Aids die Möglichkeit einer neuen Lebensentfaltung noch mehr eingeschränkt?

Das Bewußtsein hat sich ja verbreitet, daß die Lebenszeit kostbar geworden ist für uns Homosexuelle, für die Infizierten, aber auch für die Nichtinfizierten, die das Glück hatten, bislang davongekommen zu sein. Auch für sie ist das Bewußtsein ihres Wertes, des persönlichen Wertes und des Wertes der Lebenszeit, über die sie verfügen, geschärft worden. Was mit diesem neuen Wertgefühl angesichts einer Bedrohungssituation angefangen wird, das bleibt abzuwarten. Ich möchte nicht in Programmdenken verfallen, ich sehe nur, daß homosexuelle Männer zuerst genauso reagieren wie jeder andere heterosexuelle Mensch auch. Es gibt bestimmte Belastungen, die sie bereit sind mitzutragen, und es gibt auch ein bestimmtes Fluchtverhalten gegenüber Männern, die zur Belastung werden können, einfach deshalb, weil sie HIV-positiv sind. Das Kriterium, HIV-positiv zu sein, bedeutet ja nicht nur ein Risiko für die heterosexuelle Gesellschaft, vor deren Verfolgungstendenzen ich mich schützen muß, sondern es ist auch zu einem Auslesekriterium innerhalb der homosexuellen Minderheit geworden, so daß die HIV-Positiven zu einer Minderheit in der Minderheit werden. Ich sehe da im Moment keinerlei Integrationstendenzen zwischen den Negativen und den Positiven, obwohl das doch eines der Ziele wäre, die aus dem Bewußtsein resultieren könnten: Lebenszeit ist kostbar geworden, wie willst du mit deinem Leben nun umgehen?

Ich möchte noch einmal auf Ihr Leben mit dem Testergebnis HIV-positiv zurückkommen. Wir wissen heute, daß dieses Testergebnis nicht zwangsläufig das Todesurteil bedeutet. Dennoch gibt es sehr viele Homosexuelle, die den Test ganz bewußt nicht machen. Verstehen Sie das, akzeptieren Sie das, oder finden Sie das unverantwortlich?
Selbstverständlich hat jeder für sich selbst zu entscheiden, ob er einen solchen Test machen lassen will oder nicht, aber wenn er ihn nicht machen lassen will, dann sollte er klar sagen, ich habe Angst, ein möglicherweise positives Ergebnis entgegenzunehmen, das kann ich nicht verkraften und vertragen. Diese Haltung kann ich verstehen. Alle weiteren Argumentationen sind fehl am Platz. Ein HIV-positives Testergebnis ist ein Wahnsinnsstein, der auf die Schultern derjenigen, die infiziert worden sind, gelegt wird. Die Hilfen, die die Gesellschaft ihren Positiven gibt, sind trotz aller sozialintegrativen Aidsberatung immer noch sehr gering. Diesen Stein hat jeder für sich selbst zu tragen, eventuell können ihm Positivengruppen bei der individuellen Verarbeitung helfen, aber es ist *sein* Stein. Ob er diesen Stein überhaupt tragen kann, ob durch ihn nicht biographisch verdrängt gehaltene Todeswünsche ausgelöst werden, verstärkt durch die publizistisch entfachte Hysterie, dergestalt, daß die inneren Todeswünsche und die äußere Bedrohung zusammenfallen – es gibt ja eine ganze Reihe von Selbstmorden unter HIV-Positiven, die die Krankheitsentwicklung gar nicht erst abwarten, die also den Stein, der auf sie gelegt worden ist, nicht tragen können –, das alles hat jeder für sich selbst zu entscheiden. Ich bin diesen Weg gegangen.
Sie haben mir einmal gesagt, fast verschmitzt: Was wollen Sie denn, ich möchte 120 Jahre alt werden. Sind Sie wirklich so optimistisch?
Natürlich ruft mir jeder medizinische Check, den ich machen lasse, jeder neue Testtermin, immer wieder meine Gefährdung ins Bewußtsein, aber insgesamt bin ich optimistisch. Ich könnte anmaßend sagen, ich möchte so alt wie Abraham werden. Aber das ist eine Identifikationsfigur aus heterosexuellen Zeiten, denn Abraham zeugte kräftig, hatte viele Söhne und sorgte für die Nachkommenschaft. Ich als Homosexueller möchte noch kräftig leben, für eine lange Zeit, intensiv und bewußt.

Das Gespräch führte Magdalena Kemper

Reimer Hinrichs
Der HIV-Bonus
Schwierigkeiten mit der Normalität einer Krankheit

> »Die HIV-Infektion sollte endlich als das gesehen werden, was sie ist: eine neue Infektionskrankheit und keine neue Weltanschauung.« (Prof. Eilke Brigitte Helm, Prof. Wolfgang Stille, beide Frankfurt, zitiert im *Spiegel*, Nr. 17, 1988, S. 255)

I Erscheinungsformen des HIV-Bonus

1. Die Helferszene

Auf der Inneren Abteilung einer Berliner Universitätsklinik hatte ich die psychosomatische Konsiltätigkeit zu leisten, d. h. mir oblag die Evaluierung psychischer Anteile von Organerkrankungen bei stationären Patienten; die Tätigkeit war psychodiagnostisch, therapievermittelnd und psychotherapeutisch. Diese Abteilung behandelte auch HIV-positive Patienten, deren Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung geprüft werden sollte. Die Patienten waren auf alle fünf Stationen verteilt (insgesamt 118 Planbetten). Die Durchführung dieses Projektes war auf sechs Monate festgelegt; während dieser Zeit hatte ich Kontakt zu 73 HIV-positiven Patienten; mit jedem wurde nach der Aufnahme ein ca. einstündiges Anamnesegespräch geführt; jedem wurden darüber hinaus Einzelgespräche nach Bedarf angeboten, zusätzlich zweimal pro Woche 60 Minuten Gruppentherapie.
Die Sonderrolle dieser Patientenklientel war anfangs nur schwer zu erkennen, da stets betont wurde, sie würden behandelt wie alle anderen auch. Tatsächlich aber wurde in den ärztlichen und interdisziplinären Arbeitsbesprechungen viel länger und ausführlicher über HIV-Patienten gesprochen als über andere stationäre Patienten; vergleichbar war das Interesse, das allen HIV-Patienten zukam, allenfalls mit dem Interesse an Patienten, die mit internistisch seltenen Diagnosen kamen. Dieses größere Interesse wurde u. a. begründet durch das niedrige Durchschnittsalter der HIV-Patienten (37 Jahre) und durch den diagnostischen Aufwand, den sie verursachten; die wissenschaftlichen Interessenten kamen aus sehr unterschiedlichen Fachrichtungen (Medizinische Mikrobiologie, Chirurgie, Zahnheilkunde, Pathologie u. a.), hatten spezielle Fragestellungen, brauchten entsprechendes Untersuchungsmaterial und zeigten mehr oder weniger alle ein deutliches Forschungsinteresse. Erst allmählich wurde mir klar, daß es neben der publizistischen und wirtschaftlichen auch eine wissenschaftliche

Aids-Lobby gibt, erkennbar an enorm gewachsenen Autorenlisten in der Fachpresse und bei einschlägigen Kongressen (da fast jedes Thema im Zusammenhang mit Aids gute Chancen hatte, als Referat angenommen zu werden); es verstrich auch eine geraume Zeit, bis ich merkte, daß ich selbst ein Teil dieser Lobby war.

Die Gespräche über und mit HIV-Patienten dauerten also länger als bei anderen Patienten; die HIV-Patienten wurden von den Wissenschaftlern hofiert; sie wurden terminlich z. T. anderen Patienten vorgezogen, etwa wenn noch ein bestimmtes Photo kurzfristig für den nächsten Kongreß angefertigt werden mußte. Ich will damit nicht sagen, daß andere Patienten zu kurz kamen; so weit ging die Asymmetrie nicht. Wohl aber ging anderen Patienten die Zeit verloren, die als Extrazeit den HIV-Patienten gewidmet wurde. Dies ist deswegen erwähnenswert, weil es vielen HIV-Patienten klinisch gar nicht so schlecht ging, verglichen mit anderen internistischen Patienten; die Pflegefälle unter den HIV-Patienten waren deutlich in der Minderheit.

Eine besondere Untergruppe bestand in den intravenös Drogenabhängigen; neben den homosexuellen Männern waren Drogenabhängige die Hauptrisikogruppe (über 90 Prozent der klinischen Patienten, die ich gesehen habe, gehörten einer dieser beiden Gruppen an). Es kam nicht selten vor, daß HIV-positive Patienten sich während der Ausgangszeiten Drogen beschafften, die sie in die Klinik brachten – ob zum eigenen Konsum oder zum Dealing, sei dahingestellt; Ausgangszeiten wurden häufig überschritten; nächtliche Sub-Gruppenbildung auf dem Stationsflur mit entsprechender Beeinträchtigung der anderen Patienten (oder ihres Ruhebedürfnisses) war ebenfalls häufig. Auf das Thema der Beschaffungsprostitution einiger Patientinnen sei nur am Rande hingewiesen; jedenfalls konnte nicht ausgeschlossen werden, daß es in dieser Richtung Aktivitäten gab, wir wollen annehmen, außerhalb der Klinik und während der Ausgangszeiten. Ich selber wurde von einigen Patienten gefragt, ob ich ihnen Geld leihen könnte, und zwar ganz offen: zur Drogenbeschaffung. Ob andere Mitarbeiter auch in diese Situation kamen, weiß ich nicht. Ich vermute jedoch: eher nein, da ich in meiner »psychologischen« Funktion als weich galt und im Prestige wohl in der Nähe des Krankenhauspfarrers angesiedelt wurde. Ein weiteres Muster der drogenabhängigen Patienten war die Selbstentlassung mit reaktivem Wunsch nach Wiederaufnahme am nächsten Tag; in der Regel wurde diesem Verlangen stattgegeben.

Da ich früher in einer psychiatrischen Klinik gearbeitet habe, u. a. auch im Suchtbereich, kann ich einschätzen, daß viele dieser Verhaltensweisen innerhalb der Psychiatrie zu disziplinarischen Entlassungen geführt hätten,

was hier ausblieb. Was ist das für ein Muster? Mir scheint, daß junges Alter und fatale Diagnose hier einen Bonus geschaffen haben, der den HIV-Patienten implizit, aber aktiv zugute kam; sein Merkmal ist Befangenheit und Aggressionshemmung. Die Mitleidsseite ist einerseits verständlich; sie ist aber nicht fair, weil andere Patienten, die klinisch z. T. schwerer krank sind, nicht den gleichen Bonus erhalten. Ich denke hierbei nicht nur an zahlreiche Karzinompatienten, sondern auch an leukämiekranke Kinder oder andere Patienten, die an der Pathogenese ihres Krankheitsbildes keinen subjektiven Verantwortungsanteil tragen, im Unterschied zu den Angehörigen der Aids-Hauptrisikogruppen, die durch passiven Analverkehr oder needle-sharing einen sicheren Infektionsweg agiert haben.

Innerhalb des von mir durchgeführten Psychotherapieprogramms war ich selbst Bonusproduzent: Bei den Einzelgesprächen fühlte ich mich oft wie jemand, der nicht willkommen ist, der den anderen aber schonen muß. Hinsichtlich der Gruppentherapie mußte ich intensiv um die Patienten werben – und oft genauso intensiv (und vergeblich) warten. Von 48 avisierten Gruppenterminen fanden nur fünf statt; während der anderen Termine (zu denen kein Patient kam) mußte ich aber verfügbar sein, da ich nie wissen konnte, ob nicht doch noch jemand kommt. Diese Zeit ging dann natürlich den anderen Patienten der Abteilung verloren. Hier kamen allein in meinem Bereich in sechs Monaten 43 Arbeitsstunden zusammen.

Das Fernbleiben der Patienten bei den Gruppen war schon Kränkung genug für mich; sie wurde aber noch verstärkt durch den Wunsch zahlreicher Patienten nach Einzelgesprächen. Behandlungstechnisch bestand hier der HIV-Bonus in der Abwehr meiner Wut durch altruistisches Verständnis, zu dem ich mich verpflichtet fühlte, zu dem ich aber innerlich gar nicht bereit war. Man könnte sagen, das ist das Problem des Therapeuten; es ist aber auch das Problem einer klinischen Dynamik, von der der Therapeut nur ein Teil ist. Die emotionale Affinität universitärer Mediziner zu Junkies ist, das kann man sagen, nicht allzu groß; dies Bild ändert sich jedoch, wenn diese Patienten zu Lieferanten hochinteressanten Befundmaterials werden. Bezogen auf die Psychotherapie war ich diesem Konflikterleben möglicherweise näher (oder konnte mich ihm schwerer entziehen) als die meisten organmedizinisch arbeitenden Kollegen.

In der ambulanten Betreuungsszene, die z. T. in die Klinik hineinreichte, tauchten, dies zum Schluß, weitere Facetten des HIV-Bonus auf: Zahlreiche HIV-Patienten wurden ambulant von Mitarbeitern der Aids-Hilfsorganisationen betreut. Mir fiel dabei dreierlei auf: Einmal waren die meisten Betreuer therapeutisch völlig ungeschult, zum zweiten gehörten sie in der Mehrzahl einer Risikogruppe an (homosexuelle Männer oder Ex-User),

meist der Gruppe ihres Schützlings, drittens arbeiteten sie sehr häufig ehrenamtlich; dies Muster impliziert eine komplizierte Dynamik, deren Eigenart kaum einem Betreuer bewußt war. Es ist das Muster des HIV-Bonus: Befangenheit als Ergebnis von bewußtem Altruismus bei latenter Aggressivität.
Die therapeutische Naivität der Betreuer war ihnen selbst nicht unbekannt, erschien den meisten aber unproblematisch; sie kompensierten diesen Mangel durch Identifizierung und Überfürsorglichkeit, ohne zu merken, daß dieses altruistische Muster von einigen Patienten (speziell Junkies) zeitlich und materiell ausgenutzt wurde; wenn der Druck zu stark wurde, blieben die Betreuer weg, beide Seiten waren dann mit ihrer Enttäuschung allein. Ehrenamtliches Arbeiten: Die Wut der Betreuer auf die (bezahlten) Funktionäre, die am Schreibtisch blieben, verschob sich auf die Patienten, konnte hier aber nicht zugelassen, sondern mußte versteckt werden. Dies rächte sich – Wiederkehr des Verdrängten – in Form von Mißverständnissen und Fehlleistungen. Die Zugehörigkeit zur gleichen Risikogruppe bedeutete Überidentifizierung und bewußtes Ausblenden kritischer Beziehungsaspekte; die Folge war die Tabuisierung zentraler, d. h. konfliktträchtiger Inhalte und die scheinbar solidarische Abgrenzung gegenüber HIV-Patienten aus anderen Risikogruppen, was auf den Stationen wiederum zu atmosphärischen Feindseligkeiten führte, die – wegen des gleichzeitig wirksamen HIV-Bonus der klinisch Arbeitenden – nicht aufgefangen werden konnten.

2. Die Medien

Die genannte Aggressionshemmung bei latenter Aggressivität wird u. a. auch in den Aids-Spots von ARD und ZDF deutlich: In den Abendprogrammen werden unregelmäßig Video-Clips ausgestrahlt mit dem Titel »Gib Aids keine Chance«: In einem Fall bezeichnet sich eine Frau als zufällig angesteckte Mutter, die tatsächlich auf gar nicht zufälligem Wege infiziert wurde (Näheres hierzu kann allerdings aus forensischen Gründen nicht ausgeführt werden); bei diesem Beispiel ist die Kritikschwäche – ungeprüfte Darstellung unwahrer Inhalte als korrekte Information – besonders eindrucksvoll. In einem anderen Fall werden nicht infizierte Kinder von einer ebenfalls nicht infizierten Mutter animiert, mit infizierten Kindern zu spielen; die hier tatsächlich bestehenden akuten Infektionsrisiken werden verleugnet; in diesem Beispiel stellt sich die abgewehrte und jetzt andrängende Aggression eindrucksvoll dar, verschoben auf das noch nicht infizierte Kind. Wie es der Redakteur schafft, auch hieraus das Motto abzuleiten »Gib Aids keine Chance«, bleibt auf der logischen Ebene sein Ge-

heimnis; auf einer tieferen Ebene ist dieser Vorgang leicht zu enträtseln: Es handelt sich um die entstellte Rückkehr des Verdrängten an die Bewußtseinsoberfläche, nämlich um die prälogische Durchmischung der bewußten Intention (Friedfertigkeit, Solidarität) mit dem unbewußten (aggressiven) Impuls.
Als weiteres Beispiel für die Präsentation des HIV-Bonus sollen Zitate aus einem zweiteiligen Fernsehabend dienen: Am 29.5.88 strahlte das ZDF zwei Sendungen zu unserem Thema aus: 21.15-22.45 Uhr: »Liebe ist Zärtlichkeit« – ein »Abend gegen Aids«; 23.00-0.10 Uhr: »Nachfragen zu Aids«. Der erste Teil bestand aus einer Mischung aus musikalischer Show, Video-Einlagen und Interviews mit Unterhaltungskünstlern, er steht repräsentativ für die Medienseite; der zweite war wissenschaftlich als Expertenrunde aufgezogen, er steht für die Seite der Helfer. Sinn der Sache war eine Spendenaktion zugunsten der »Deutschen Aids-Hilfe«. – Natürlich sind die folgenden Notizen und Zitate »aus dem Zusammenhang gerissen«; das macht aber nichts. Gerade in dieser Aneinanderreihung wird nach meiner Einschätzung genau das deutlich, worum es hier geht: Erscheinungsformen des HIV-Bonus.

Zur ersten Sendung, die Medienseite:
Udo Jürgens: »Wenn einer infiziert ist, bleibt er ein Mensch.«
Günther Strack: »Wir müssen lernen, mit der Krankheit umzugehen.«
André Heller: »Präservative« sei ein wichtiges Wort.
Oswalt Kolle: »Wir müssen vermeiden, die Jugend zu verlieren.«
Beate Uhse: »Wir stellen fest, daß Paare mit mehr Zärtlichkeit miteinander umgehen möchten«; sie empfiehlt, bunte Kondome in Folie einzuschweißen und als Ohrring zu tragen, das sei lustiger.
Moderatorin Annelie Fried im Gespräch mit der Sängerin Katharina Wang: Es sei schwer, »mit Aids umzugehen«; was man tun könne: »Besser sprechen?« Katharina Wang: Das Schlimme sei, daß Eltern im allgemeinen soviel Angst vor dem Thema hätten, daß sie mit ihren Kindern nicht sprechen würden; aber: mit einem Partner solle man auch nicht gleich sprechen, weil er dann Angst kriegen könnte.
Peter Weck: »Man kann nicht offen genug sein.«
Sabine Sauer: Es sei wichtig, sich zu schützen.
Hans Jürgen Bäumler: »Verantwortung ist lebenswichtig.«
Konstantin Wecker: Man müsse sich »mit den sexuellen Praktiken etwas umsehen«; vor allem müßten die geschützt werden, die sich infiziert haben; »man muß die betroffenen Minderheiten schützen vor der Rache der wildgewordenen Kleinbürger«.

Götz George: Wenn man ins Bett gehe miteinander, solle sich jeder klarmachen: »Geht pfleglicher miteinander um!«
Gitta Stahl (Aids und Kinder): Ängste seien »wichtig«.
Udo Lindenberg: Man solle Aids »nicht verdrängen«; sein Motto: »Oben ein Hütchen, unten ein Tütchen.«
Tony Marshall: »Wir alle müssen uns engagieren für die Betroffenen.«
Hans Rudolf Kunze: »Wir müssen einen Umgang miteinander finden, der verantwortlich ist«; er singt dann den Titelsong der Sendung, Textauszug: »Jeder Tag verschwimmt versoffen, wenn man Angst vor allem hat. Unsere Liebe ist offen.«
Bundesgesundheitsministerin Prof. Rita Süssmuth: Es sei »wichtig, sprechen zu lernen«.
Moderatorin Annelie Fried fragt, warum es so »schwierig« sei, an die »irrationalen Ängste« heranzukommen. Antwort von Gesundheitsminister Heinemann, NRW: Ängste seien wichtig; allerdings hätten neue Umfragen ergeben, daß sie nicht mehr bestünden.
Moderatorin Annelie Fried: Nur wer informiert sei, habe keine Angst; und nur wer keine Angst habe, könne »anders mit den Betroffenen umgehen: mit mehr Liebe und Zärtlichkeit«.

Zur zweiten Sendung, die Expertentrunde, die Helferseite:
Hansjakob Trost, »Betroffener« und Aids-Berater: Offenheit habe ihm geholfen; man müsse viel reden. Allerdings: Am Arbeitsplatz solle man möglichst nicht reden, das sei ein Risiko. Außerdem: »Aufklärung läßt sich generell nicht pauschalieren.«
Rita Süssmuth: Jede Frau brauche Rat, wie sie mit dem Partner ins Gespräch kommen soll. Es gebe aber keine Patentrezepte. Außerdem: Mit dem HIV-Test müsse »verantwortlich umgegangen« werden.
Gesundheitsminister Heinemann, NRW: »Die Bereitschaft zum Kondom ist in der Bevölkerung vorhanden.« Außerdem: Junge Menschen seien die »Hauptbetroffenengruppen«. In bezug auf Ängste von Erste-Hilfe-Sanitätern: Die Erste-Hilfe-Organisationen müßten zur Verhütung von Infektionen »alle Sorgfalt walten lassen«. Schließlich: Das soziale Herz müsse erweitert werden.
Prof. Kurth, Frankfurt: Man müsse vor Entwarnung warnen: »Es gibt keinen Anlaß, Entwarnung zu geben«; allerdings: bei Transfusionen bestehe soviel Sicherheit, daß Entwarnung gegeben werden könne.
Prof. Göbel, München: Jeder Geschlechtsverkehr sei potentiell gefährlich; Kondome seien nicht hundertprozentig sicher. Außerdem: Die Aids-Diagnose an sich selbst oder an anderen zu stellen, sei »äußerst schwierig«.

Dr. Pacharzina, Hannover: Es sei zu hoffen, »daß die Menschen über Sexualität ins Gespräch kommen, sich austauschen über ihre Ängste«. Mädchen hätten mehr Ängste als Jungen, weil sie auf Ängste sensibler reagieren würden. Sexualität sei überhaupt »Umgang von [nicht: *mit*] Ängsten, mit Freude, Spiel und Spannung«. Hierbei würden die Aids-Hilfen »jenseits der etablierten Gesundheitsversorgung helfen, Hilfe zu geben«.

Die Zitate und Wiedergaben sind nach meiner Einschätzung typisch für die aggressionsgehemmte Befangenheitsform des HIV-Bonus; andererseits stellen sie in ihrer z. T. schwachsinnigen Diktion und Diffusität auch die emotionale Indifferenz dar (und damit die abgewehrte aggressive Seite), mit der die Bonusproduzenten der Medien- und Helferszene unwidersprochen und quasi unisono über die Krankheit bzw. die »Betroffenen« sprechen. (Dieser Begriff und seine Schwester, die »Betroffenheit«, wurden in der ersten Sendung 13mal bemüht, in der zweiten 15mal.)
Insbesondere die Behandlung des Begriffs »Angst« oder »Ängste« ist pathognomisch: Ängste seien wichtig bzw. »unheimlich wichtig« oder »ganz wichtig«; seien andererseits nicht vorhanden; es sei schwer, an die Ängste heranzukommen; allerdings sei nur ohne Ängste ein angemessener »Umgang« mit Aids möglich; wenn man aber mehr Ängste als andere habe, dann deswegen, weil man auf Ängste anders reagiere als andere; aus Angst werde nicht geredet, das sei schlecht; reden könne aber zu Angst führen, das sei auch schlecht.
Nachdem durch solcherart parfümierten Nebel alle Klarheiten beseitigt sind, wird der Titelsong vorgetragen mit der aberwitzigen Empfehlung von Angstlosigkeit und offener Liebe, wobei die wenigen korrekten Aussagen der Sendungen komplett auf den Kopf gestellt werden. Allerdings wird bei dieser Empfehlung – wenn auch unfreiwillig – wenigstens einmal das tatsächliche Ausmaß der Aggression auf der Seite der Bonusproduzenten deutlich.
Was also auffällt, ist die aggressionsgehemmte Deklaration von Solidarität bei gleichzeitiger verbaler Indifferenz und latentem Sadismus, ist die elende Durchmischung von Polit- und Psychosprache (s. Hinrichs, U., 1987, 1988): Die Verbalisierung emotionaler Inhalte, die weder gefühlt noch gezeigt werden können. Gleichermaßen erkennbar ist die formale Verlogenheit und inhaltliche Verniedlichung der angesprochenen Themen (Udo Lindenberg: »Oben Hütchen, unten Tütchen«; Beate Uhse: bunten Kondom als lustigen Ohrring). Kritikschwäche, intellektuelle Unredlichkeit und der Appell an moralische Bestätigung und finanzielle Unterstützung durch immer die anderen: das ist auch der Tenor politisch-lobbyistischer Wahl-

kampfveranstaltungen, in denen es genauso immer nur um den Glanz und die Sessel der Redner geht und nie wirklich um die »Betroffenen«. In diesem Haltungsmuster zeigen sich Affinitäten zur Struktur der Funktionärspersönlichkeit, die ja typischerweise eine Mischung bildet aus intellektueller Borniertheit, emotionaler Indifferenz und basaler Egozentrik bei gleichzeitig virulenter sadistischer Latenz. Typische Kennzeichen dieser Diktion sind Verleugnung oder Minimierung dessen, worum es geht.

II Determinanten des HIV-Bonus: historisch, dynamisch und kollektiv

Nach dem bisher Gesagten läßt sich folgende These formulieren: Der HIV-Bonus ist eine deutsche Form der Befangenheit gegenüber HIV-positiven Personen; er besteht aus einer neurotischen Aggressionshemmung, die sich äußern kann in der bewußten oder unbewußten Neigung, HIV-Infizierte bei persönlicher Indifferenz pauschal zu idealisieren. Dieser Bonus wird vergeben von Medien und Teilen der Helferszene. Seine Kennzeichen sind Kritikschwäche gegenüber den Infizierten, Betroffenheitsgerede, Distanzlosigkeit gegenüber HIV-Positiven bei gleichzeitiger emotionaler Indifferenz, Intoleranz gegen Andersdenkende und Riesenerwartungen gegenüber potentiellen oder tatsächlichen Geldgebern. Die Dynamik des HIV-Bonus besteht aus Abwehr aggressiver Impulse gegenüber HIV-Infizierten, Eitelkeit, narzißtischen Allmachtsphantasien sowie der Abwehr von Angst, nicht beachtet zu werden. Die Ideologie des HIV-Bonus ist Solidarisierung, seine Qualität ist Unsachlichkeit.

Wenn der HIV-Bonus als eine deutsche Form von Befangenheit im Umgang mit Minderheiten verstanden werden kann, ist es naheliegend zurückzuschauen:

Mit der Ermordung von Millionen Inhaftierter in den Konzentrationslagern der Nationalsozialisten wurde eine terroristische Qualität geprägt, die ohne historisches Beispiel ist; entsprechend beispiellos – in Qualität und Quantität – mußten die reaktiven Abwehrmechanismen und deren Folgen sein. Viel ist gesagt worden über die moralischen Implikationen von Kollektivschuld (die es nicht gegeben habe) und Kollektivscham (die statt dessen gefordert wurde). Auf der juristischen Ebene, andererseits, wurde auf zweierlei Weise Befangenheit im Umgang mit der Nazi-Schuld gezeigt, beide Male zuerst von außen:

Völkerrechtlich: Die Alliierten öffneten durch die Etablierung rückwirkenden Völkerrechts in den Nürnberger Prozessen den tatsächlich Schuldigen

eine Hintertür zur reaktiven Schaffung von scheinbar berechtigten Unschulds- und Protestdeklarationen.
Strafrechtlich: Die Wahrnehmung der Chance angemessener Ahndung im engeren Sinne wurde versäumt durch alliierte Willkür und Schluderei im Rahmen der Entnazifizierung. Unmittelbar nach der Stunde Null bevölkerten Ex-Nazis mit Persilscheinen in neuer Funktion die deutschen Amtsstuben, wodurch den Deutschen ein Abwehrvorgang nahegelegt und ermöglicht wurde, der als – jetzt interne – kollektive Verleugnung besser beschrieben ist als durch den Verdrängungsbegriff.
Wenn man unbewußte, aber aktive Verleugnung im Sinne der Erinnerungsverfälschung postuliert als verbreiteten psychischen Mechanismus des Umgangs der Täter und Mitläufer mit den Verbrechen des Dritten Reiches, dann können reaktive Einstellungsmuster besser verstanden werden, deren ungewollte Folgen spätestens 1968 sichtbar wurden.
Eine Generation nach den Weltkrieg-II-Heimkehrern setzte etwas scheinbar Neues ein, das eigentlich etwas Altes war: die Wiederkehr des Verdrängten oder des Verleugneten in Form eines (neuen) Musters der (alten) Befangenheit. Aus der Diffamierung wurde – nach der Verleugnungsphase – eine Idealisierung von Minderheiten; diese Idealisierung war moralisch ihrem Prototyp (der Diffamierung) entgegengesetzt, ihm dynamisch aber ähnlich, nämlich genauso diffus, hartnäckig und intolerant gegenüber Kritik wie die Haltung der Väter.
Ethnische, religiöse und rassische Minoritäten (Beispiele: Gastarbeiter, Juden, Neger), Nichtseßhafte, Behinderte, Psychiatriepatienten, Homosexuelle, Drogenabhängige, Untersuchungs- und Strafhäftlinge, Arbeitslose, Sozialhilfe-Empfänger, Zigeuner (neudeutsch: Sinti und Roma) und – als Zugabe – Frauen und Kinder (die keine numerischen Minderheiten sind) erlebten einen öffentlichen Boom der Aufwertung und der scheinbar solidarischen, in Wahrheit reaktiven Idealisierung, die unfreiwillig auf das abgewehrte Aggressive hinweist.
Die Inhalte waren also – von der Erniedrigung zur Erhöhung der Minderheiten – reaktiv umgebildet, die psychoökonomischen und strukturellen Elemente (Zähigkeit, Klebrigkeit, Einäugigkeit) des Grundmusters »Befangenheit« blieben bestehen. So bildete sich der Minderheiten-Bonus, die Basis des späteren HIV-Bonus.
Die Generation der verleugnenden Väter hatte die Bürde zu tragen, daß sie mitschuldig geworden war an beispiellosem Terror. Durch die Verleugnung ist diese Last zwar unbewußt geworden, aber nicht unwirksam: Aus dem Unbewußten entfaltet sie eine dynamische Kraft, deren Derivat in der Regel die Reaktionsbildung ist, also die bewußte Gestaltung von gegenteiligen

Impulsen. Als solche Derivate kennen wir die Erziehungsprinzipien der fünfziger und sechziger Jahre: Fortschrittsglaube, Ordnung, hortendes Prinzip, Aktionismus, Idealisierung des sogenannten Wahren, Schönen, Guten.

Primäre genital-sexuelle und insbesondere prägenitale Impulse mußten stärker verleugnet werden als früher, da im Dritten Reich ganz besonders die polymorph-perverse Prägenitalität infantiler Sexualregungen (Voyeurismus, Sadismus, »Doktorspiele« im Sinne der Medizin ohne Menschlichkeit) sich in tatsächlich perverser Qualität ausleben konnte, nämlich isoliert und ideologisiert bei erwachsenen Tätern. Die Verleugnung des Naziterrors durch die Täter und die Mitwisser führte zum Schweigen einer ganzen Generation; abgewehrt – und damit verborgen wirksam – blieb nicht nur die Schuld, sondern auch die Dynamik der zur Schuld führenden Impulse: Aggression, Befangenheit und Unsachlichkeit (in des Wortes schlimmster Bedeutung) gegenüber Minderheiten. Nachdem eine Generation geschwiegen hatte, erhoben sich – spätestens 1968 – die Kinder, um zu fragen und anzuklagen; unbewußt mußte in diesem Aufstand auch das Verdrängte, Verleugnete, Abgewehrte wieder erscheinen: in Form einer neuen Befangenheit gegenüber den alten Minderheiten. Vermieden wurde hierdurch der Blick zurück, und zwar psychisch und emotional, wie von Alexander und Margarete Mitscherlich (1967) beschrieben.

Die Idealisierung von Minderheiten setzte ein. In diesen Zusammenhang gehört auch das Unbehagen, das viele jüdische Beobachter nach 1945 angesichts der Etablierung eines spezifisch deutschen Philosemitismus erlebt und beschrieben haben.

Ein besonders eindrucksvolles Beispiel hierzu: Als im Mai 1988 bekannt wurde, daß der (im Januar 1988 verstorbene) ehemalige Vorsitzende des Zentralrats der Juden in Deutschland, Werner Nachmann, mindestens 30 Millionen Mark Wiedergutmachungsgelder unterschlagen hatte, fand zu diesem Thema am 19. 5. 88 eine (live ausgestrahlte) Fernsehdiskussion statt, in der ein liberaler bundesdeutscher Journalist zur Rechtfertigung Nachmanns ohne Widerspruch den denkwürdigen Satz aussprechen konnte: »Juden sind auch Menschen.« Am Morgen vor dieser Sendung war *Die Zeit* erschienen mit der nachdenklichen Antizipation Theo Sommers, daß genau dieser Satz (der im Fernsehen erst am Abend fallen sollte) jedem Deutschen eigentlich im Hals steckenbleiben müßte. Sommer ahnte wohl, wie nah dieser Satz lag bzw. wie schnell bei einer derartigen Konstellation die alten Formeln wieder bereitliegen, die im Mai 1988 allerdings im Brustton liberaler Reflexion vorgetragen wurden, ohne die geringste – weil verdrängte – Ahnung, daß die klassischen Mitläufer des Dritten Reiches genauso gespro-

chen hatten. Hier kann man wirklich von pathologischer Wahrnehmungseinschränkung im Sinne reaktiver Borniertheit (und nicht primärer Stupidität) sprechen.
Dies Muster gilt überhaupt für den neuen, »engagierten« Umgang der deutschen Öffentlichkeit mit den anderen, oben genannten Minderheiten. Idealisierung und scheinbare Solidarität sind in Deutschland Reaktionsbildungen auf die frühere Verleugnung des Terrors diesen Gruppen gegenüber; Idealisierung, aktionistische Überprotektion, Distanzlosigkeit und »komische Servilität« (Zundel, 1988) sind aber auch Formen von Befangenheit, latent aggressiv, erstickend und pathogen, wie nicht nur, aber auch aus der systemischen Schizophrenieforschung bekannt ist. Somit sind neue Befangenheitsformen an die Stelle der alten getreten, der Mangel an Unbefangenheit ist gleich geblieben.
Seitdem Aids zu einem öffentlichen Thema geworden ist, sind es inbesondere die Angehörigen der durch das HI-Virus besonders »betroffenen« Risikogruppen (neuerdings werden sie tatsächlich auch »Betroffenengruppen« genannt), denen die genannte aggressionsgehemmte und kritikschwache Aufmerksamkeit des HIV-Bonus gewidmet wird. Es ist ja kein Geheimnis (oder sollte keines sein), daß vor allem homosexuelle Männer und intravenös Drogenabhängige die Hauptgefährdeten der Immunschwäche sind; in den USA und Westeuropa gehören noch immer mehr als 90 Prozent der Infizierten zu diesen beiden Risikogruppen.
Dies stellt die Öffentlichkeit vor besondere Probleme: Beide Gruppen gehören zu Minderheiten und sind daher im bekannten Sinne schutzbedürftig. Spezifische Verhaltensweisen beider Gruppen jedoch – passiver Analverkehr und needle-sharing – sind als Übertragungswege des Aids-Virus bekannt. Ein Sistieren dieser Verhaltensmodi ist epidemiologisch zu fordern. Beide Verhaltensweisen werden jedoch gleichzeitig kollektiv abgelehnt, weil sie die gefährliche und verpönte Latenz der Bevölkerung mobilisieren, hierdurch Angst erzeugen und projektiv diskriminiert und abgewehrt werden müssen. Wer will schon gerne an die eigene latente Homosexualität oder an die eigenen Suchttendenzen erinnert werden. Da ist es leichter, die Gefahr als Lustseuche zu benennen. Dies aber ist in den sogenannten liberalen Kreisen wiederum tabuisiert, wodurch sich hochinteressante Paradoxien einstellen.
Die Forderung nach Sistierung infektionsspezifischer Verhaltensweisen wird nämlich im Falle von Aids – anders als bei Syphilis – nicht erhoben, u. a. deswegen nicht, weil die Angst vor der angeblich hiermit verbundenen Diskriminierung der Gruppen größer ist als die Fähigkeit, epidemiologisches Wissen informativ oder prophylaktisch einzusetzen.

Es wurde gesagt, diese Befangenheit finde sich akzentuiert innerhalb der Medien und der Helferszene. Dies ließe erste Rückschlüsse zu: Gibt es Gemeinsamkeiten im unbewußten Teil der Berufswahl von Journalisten und Therapeuten? Ganz gewiß:
Kontraphobischer Aktionismus: das Herangehen an das, was Angst macht; die bewußte Verminderung von Distanz zu dem Schrecklichen.
Voyeuristische Impulse: die Neugier auf das, was den anderen »passiert«, die Nähe zur Akuität, der Brisanz. Dies gekoppelt an altruistische Ansprüche: im Interesse der Wahrheit/Heilung – oder auch: des Wahren, Schönen, Guten. Die Beruhigung des eigenen Gewissens beim Einstieg in das Schreckliche: Ich tue dies, (nicht um lustvoll zu schauen, sondern) um Anteil zu nehmen, aufzuklären, zu therapieren. Hierdurch entsteht nicht nur Teilnahme am Leid der anderen, sondern auch die substitutive Erfüllung narzißtischer Wünsche nach Glanz und Gratifikation.
Sadismus: ebenfalls ein Partialtrieb, dessen sublimierte Form essentiell für journalistische und therapeutische Arbeit ist. »Investigative journalism« ist das Ideal der Medienseite, nicht erst seit dem Sturz Richard Nixons durch die *Washington Post*. Therapeutisch: Das invasive Wirken des Chirurgen, die Analyse des Psychotherapeuten zeigen die gleiche Dynamik wie die Recherche des Journalisten: das Interesse am Aufdecken von Verborgenem, an der Schaffung von Evidenz und Transparenz, quasigöttlich: Es werde Licht.
Wenn das Objekt dieser Intention der Mensch ist, wie beim Journalisten, wie beim Therapeuten; wenn es weiter um die HIV-Infektion geht, bei der die meisten Patienten einen sehr viel größeren Verantwortungsanteil an der Pathogenese des eigenen Leidens haben als Patienten mit anderen Krankheitsbildern – als, sagen wir, zehnjährige Leukämiepatienten –, wenn also die Schuldfrage, mindestens das Verantwortungsthema, bei den Trägern der HIV-Infektion hintergründig bestehen bleibt: wie ist dann die Struktur der Interessierten, der Helfer, der Berichterstatter beschaffen, die sich »aus eigenem Antrieb« gerade um diese Klientel kümmern?
Einmal muß die eigene seelische Nähe zum Patienten problemlos herstellbar sein (inter-esse: dazwischen sein, mittendrin sein): Dies kann geschehen durch das Faktum tatsächlicher eigener Gefährdung (z. B. Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe) oder durch wissenschaftliches, d. h. im ursprünglichen und weitesten Sinne: neugieriges, voyeuristisches Interesse. Zwischen den Polen dieser Spannung muß der jeweils individuelle psychische Strukturakzent derjenigen öffentlichen Engagierten bzw. derjenigen Helfer

gesucht werden, die den HIV-Bonus vergeben, ob freiwillig oder unbewußt.
Innerhalb der Szene, die den HIV-Bonus produziert, haben wir also zwei Kategorien von, salopp, Bonusproduzenten: den potentiellen Patienten und den vivisezierenden Beobachter; der erstere steht der Bedrohung durch das Leid so nah, daß er Distanz einschieben muß, um sich nicht selbst zu verlieren. In dieser Distanz trifft er den zweiten, den Beobachter.
Beide allerdings sind sich selber nah, sich und dem anderen Interessierten, nicht aber dem Patienten. Das ist noch nicht einmal so schlimm, ein bestimmtes Maß an Abstand ist sogar hilfreich; schlimm ist nur, daß beide selbst glauben, dem Patienten »menschlich nah« zu sein, was tatsächlich gar nicht der Fall ist und daher in Form von Distanzlosigkeit agiert werden muß. Gegenüber dem tatsächlich Leidenden, der weitgehend passiv bleibt, befinden sie sich im Schulterschluß. Das »Gegenüber« ist wichtig, weil es beschreibt, daß der Patient trotz des HIV-Bonus allein bleibt. Im »Gegen« ist außerdem bereits das aggressive Element angedeutet, das die Interessenten eint. Diese Aggression stellt die Wiederkehr des Verdrängten dar; ihre Gestaltung ist die sogenannte Haltung, in der ein Sprengstück ursprünglich erlebten, später abgewehrten aggressiven Antriebserlebens sich durchsetzt, allerdings im Mantel der »Nähe« (ad-gredi: herangehen). Das verborgene Aggressive ist dem Haltungsträger nicht bewußt; bewußt ist ihm die Abwehr, also die Ideologie der »Betroffenheit« und die schon genannten Reaktionsbildungen: Distanz- und Kritiklosigkeit gegenüber dem Patienten in Form der scheinbar verständnisvollen Solidarisierung. Was wird neben, in und hinter der genannten Aggression abgewehrt?
Bei den Gefährdeten unter den Interessierten ist die Abwehr von Angst die überwiegende determinierende Kraft für die Etablierung des HIV-Bonus: »Die Infektion könnte jederzeit auch mich erreichen, dann will ich aber nicht beschuldigt, sondern gestützt werden.« Was ebenfalls durch den HIV-Bonus abgewehrt wird, sind eigene Schuld und Scham sowie die Aggression gegen den, der den Gefährdeten anstecken könnte oder bereits infiziert hat.
Die Vivisekteure (journalistisch oder therapeutisch) hingegen etablieren den HIV-Bonus, um verpönte sadistische Impulse abzuwehren. Die klassischen Reaktionsbildungen auf unsublimierten Sadismus heißen immer noch: Mitleid, Verständnis und altruistischer Aktionismus. Diese Trias wird sozial akzeptiert, und die sadistische Lust kann dennoch genossen werden, gewissermaßen in den Nischen, die dies Abwehrmuster zur Verfügung stellt.

IV Was gehört zum angemessenen Umgang mit Aids?

Wichtig für den Helfer beim angemessenen Umgang mit Krankheit sind vor allem Sachlichkeit und Freiheit von Vorurteilen bei Diagnostik, Therapie und Prophylaxe. Zu warnen ist vor dem Umschlagen negativer in positive Vorurteile im Sinne von Kritikschwäche. Zu dem, was ich meine, gehört auch der innere Abstand des Therapeuten zum Krankheitsbild des Patienten. In der Chirurgie und in der Intensivmedizin ist dies Prinzip als Voraussetzung sinnvoller Therapie selbstverständlich; in der ambulanten Aids-Therapieszene hingegen wimmelt es von selbsternannten Therapeuten, die meistens Funktionärsstatus haben und die tatsächliche Arbeit an weitgehend ungeschulte Laienhelfer delegieren, deren Abstand zu den Patienten noch geringer ist, die aber ihre Arbeit häufig ehrenamtlich leisten (müssen), ungeachtet der zahlreichen dynamischen und interaktionellen Komplikationen dieses Zustandes.

Zur klaren Diagnostik gehört die Bestimmung klinischer, paraklinischer und infektiologischer Parameter. Zur Therapie gehören operative, medikamentöse, diätetische und psychosoziale bzw. psychotherapeutische Maßnahmen, die das Leiden erträglich machen und dem Patienten eine Chance geben. Die Chance des Patienten liegt in der – erst therapeutisch induzierten, dann vom Patienten selbst gestalteten – Entwicklung von Copingmechanismen. Zum Coping gehört auch die Übernahme von eigenen Verantwortungsanteilen, und zwar nicht nur im Hinblick auf die weitere Verlaufsgestaltung der Krankheit, sondern auch hinsichtlich der Verarbeitung bisher stattgehabter Eigenbeteiligung an der Auslösung und Entwicklung des bereits bestehenden Krankheitsbildes. Wenn der Patient gehindert wird, diese Eigenbeteiligung zu erkennen, zu verarbeiten und prospektiv zu verändern, wird er infantilisiert und damit in ein Schema gesteckt, das eigentlich als überwunden gelten sollte und jedenfalls über den Helfer mehr aussagt als über den Patienten.

Beim Beispiel Aids gehört in diesen Rahmen vorurteilsfreier Therapie die Bewußtmachung der patientenspezifischen Verhaltensweise als Infektionsquelle, soweit infektiologisch keine Zweifel möglich sind. Dezidiert angesprochen sind hier die Mechanismen passiven Analverkehrs und des needle-sharing als Krankheitsauslöser. Vorurteilsfreie Therapie heißt also auch: Abschied von scheinbar barmherzigen Tabuisierungen, Abschied von Überprotektion, Abschied von Kritiklosigkeit und Abschied von jener Solidarisierungsform, die dem Patienten signalisiert, er sei an seiner Krankheit genausowenig beteiligt wie der Therapeut.

Die vorurteilsfreie Prophylaxe schließt neben maximaler Information auch

die Berücksichtigung der Schutzbedürftigkeit der noch nicht Infizierten ein. Dies impliziert die Fähigkeit zu bewußter und offener Aggression in der therapeutischen Auseinandersetzung mit Patienten, die sich antitherapeutisch oder real gefährlich verhalten. Hier geht es um die Fähigkeit des Therapeuten, Distanz herzustellen oder zu erhalten und sich psychisch, emotional und interaktionell abzugrenzen von destruktiven Intentionen (bewußt) oder Haltungen (unbewußt) des Patienten; es geht auch um die Fähigkeit zur Kritik am Patienten. Wenn nämlich archaische Patientendestruktion vom Therapeuten angenommen und nicht aufgehoben wird, geht der Therapeut unter – und dem Patienten ist nicht geholfen.
Potentiell angesprochen ist also auch die Fähigkeit des Therapeuten, den Patienten auszugrenzen bzw. sich von ihm zu trennen; dies dann, wenn der Patient die therapeutische Arbeit zerstört oder Destruktion zum Teil der Therapie machen will. Der Therapeut muß wissen, daß man nicht jedem helfen kann; er muß auch wissen, daß manchem nicht zu helfen ist. Da die Kräfte des Therapeuten begrenzt sind, hat er das Recht, diese Kräfte dort einzusetzen, wo Hilfe sinnvoll ist.
Für den HIV-Infizierten bedeutet angemessener Umgang mit Aids die Wahrnehmung jeder Chance, die Eigenbeteiligung zu erkennen und diese Erkenntnis introspektiv (und nicht destruktiv) zu nutzen. Gemeint ist hier die – auch aggressive – Auseinandersetzung mit den psychischen, kollektiven und individuellen Repräsentanzen der Infektionsquelle und der Verzicht auf Krankheitsgewinn durch Ideologisierung der eigenen Märtyrerrolle; dies kann Trauer bedeuten über die eigenen Versäumnisse, Trauer über die möglichen Zusammenhänge zwischen verfehltem Leben und Krankheitsauslösung – und Trauer über die Chancen, die ungenutzt blieben.

Literatur

Der Spiegel (1988): »Nur noch saugen und mauscheln. Korruption, Filz und Inkompetenz im System der deutschen Wohlfahrtsverbände«, Nr. 25/88, S. 52-66
Hinrichs, R. (1988): »Zur Akzeptanz klinischer Psychotherapie bei stationären HIV-positiven Patienten«, *AIFO* 3, S. 201-206
Hinrichs, U. (1987): »Sprache und sozialer Touch – vom Elend der Psychosprache«, *Muttersprache* 97, Heft 3-4, S. 145-152
Hinrichs, U. (1988): »Die Sprache der Betroffenheit«, *Sprachreport* 3/88
Leinemann, J. (1988): »Träume im Kopf, Sturm auf der Straße«, *Spiegel* 20/88, S. 140-166
Mitscherlich, A., M. Mitscherlich (1967): *Die Unfähigkeit zu trauern*, München
Zundel, R. (1988): »Die hält kein Beton mehr auf«, *Die Zeit* 22/88, S. 65-66

Ist es der Blick eines Spielverderbers, der den schicken Neuigkeiten griesgrämig unter die Röcke schaut?

Fragte man Karl Markus Michel, welche Rolle die Intellektuellen in unserer Gesellschaft spielen, könnte die Antwort etwa folgendermaßen lauten: Unerfreulich ist, wie sehr die Intellektuellen ihren Einfluß überschätzen; erfreulich ist jedoch, daß gerade diejenigen, die wirklich Macht haben, das gleiche tun.
Eine solche, für deutsche Verhältnisse vielleicht allzu »freischwebende« Haltung hatte jahrelang keine Konjunktur: Da wollte die Intelligenz keine neuen Erkenntnisse, sondern Zusammenhänge, in die man sich »einbringen« konnte, um Partei zu ergreifen – geschweige denn wollte sie das vielbeschworene Wächteramt der Intellektuellen wahrnehmen.

Das hat sich allem Anschein nach geändert. Michels Aufsätze in der Zeit und im F.A.Z.-Magazin, im Kursbuch und in Transatlantik haben ungewöhnlich große Resonanz. Da ist geradezu – horribile dictu – eine Lesergemeinde entstanden, die ein Vergnügen hat an seinem Witz, an seiner Brillanz, seiner Frech-

athenäum
Für eine Kultur der Nachdenklichkeit

Foto: Isolde Ohlbaum

heit, seiner Gebildetheit, seinen Einfällen, seinen Seitenhieben, seinen Lieblingsideen. In »Von Eulen, Engeln und Sirenen« sind Glanzstücke der letzten Jahre ausgewählt, wobei sich der Eindruck einstellt, daß Karl Markus Michel selber Spaß daran hat, seinem Publikum vorzuführen, was »alles drin« ist.

Inhalt:
Zur intimen Politik: Das Duell von Kiel · Plädoyer für die Lüge · Kopf oder Zahl · Eulen in der Götterdämmerung · Im Bauch des Wals · Die Rückkehr zur Fassade.
Zur praktischen Religion: Die Pest in der Stadt · Das Altern der Unsterblichkeit · Grüße aus dem Jenseits · Vom Leib der Engel · Sechstagewerk und Vierzigtagewerk · Die Tugend der Sünde · Bis daß der Tod …
Zur ordinären Ästhetik: Über den Schmerz · Schön sinnlich · Der Butzen vom Apfel des Paris · Abschied von der Moderne? · Die Stunde der Sirenen · Lob der Fälschung …

Der Autor:
Karl Markus Michel, Jahrgang 1929, ist Herausgeber des Kursbuch und lebt als freier Schriftsteller in Berlin.

Von Eulen, Engeln und Sirenen
1988. 594 Seiten
geb. mit Schutzumschlag
DM 48,–
ISBN 3-61o-o85o8-8

Erhältlich bei Ihrem Buchhändler, durch Ihren Buchhändler oder durch den Athenäum Verlag, der dann die Lieferung bei einer Bestellung ohne Angabe einer Buchhandlung über eine solche in Ihrer Nähe veranlassen wird.

athenäum · Savignystr. 53 · D-6ooo Frankfurt am Main 1

Gerd Göckenjan
Das Pest-Regiment
Zu welchem Zweck Seuchen über die Menschen kommen

1. Das Fluchtsyndrom

Irgendwann im Jahre 1981 brach wieder die Pest aus. Sie hatte sich schon verschiedentlich angekündigt, aber niemand hatte sie wahrnehmen wollen. Dann plötzlich waren die Zeitungen voll davon. Wo man hinsah, starben die Menschen. Panik brach aus. Eltern verließen ihre Kinder, Freunde den Freund, Ärzte weigerten sich, zu den Kranken zu gehen, selbst die noch nicht gestorben waren, wurden wie Tote gefürchtet und aus der Nachbarschaft der Lebendigen verbannt. In den großen Städten waren ganze Straßen ausgestorben, in Afrika ganze Landstriche entvölkert. Wie ein Sturm fegte die Seuche durch die bekannte Welt.

Als man wieder zu sich kam, erkannte man, daß vor allem junge, unverheiratete Männer fortgerafft wurden. Und diese hatten ein unordentliches Leben geführt, sich vielen verschiedenen Unsittlichkeiten hingegeben. Daraufhin wurden überall Bittgottesdienste veranstaltet und Umkehr gepredigt; die Sünder wurden zu büßen gezwungen, damit sie nicht die ganze Welt verdürben und niemand mehr übrig bleibe. Und auch die, die nicht an einen gerechten Gott glaubten, änderten sich. Dennoch ging das Sterben weiter.

So oder so ähnlich würde sich der »Ausbruch« von Aids in den Präsentationsmustern der alten Pestberichte lesen, und niemand wird sagen können, daß Aids so noch nicht dargestellt worden sei.

Aids und Pest zu vergleichen heißt immer, Dramatisierungsbedürfnissen oder – in der Kombination mit Schwulen, Fixern, Prostituierten – dem Willen zur Stigmatisierung folgen. So gehen die wohlmeinenden Hinweise auf die pathologische Unvergleichbarkeit von Aids und Pest an dem hier eigentlich interessanten Phänomen vorbei. Denn auch die Pest ist viel weniger eine Krankheit als eine sehr schillernde Katastrophen-Metapher und insofern bei entsprechendem dramatischen Interesse in der Aids-Politik mit gewisser Folgerichtigkeit als Synonym verfügbar und verwendbar. Interessanter aber scheint mir der auch hinter dem Wort Pest organisierte und hoch infektiöse Komplex von Wahrnehmungs- und Denkmustern zu sein, der, jederzeit sich an alles anheftend, mitgeschleppt wird von einer »Seu-

che« zur anderen: von der »pestis« zu den pestilenzischen Fiebern, der Pest, den Pocken, dem Fleckfieber, der Cholera, dazwischen die Lepra, die Tuberkulose, die Syphilis und jetzt Aids.
Es gibt die Tradition »schmutziger« Krankheiten, die irgendwie dann zu den »Infektions-Krankheiten« wurden (Tempkin 1977). Daß Epilepsie und Geisteskrankheiten historisch ebenfalls als »schmutzig« galten, hat sich verloren, seitdem wir gewöhnt sind, in bakteriologischen Mustern zu denken. Dennoch, wie wenig »Schmutz« tatsächlich in Bakteriologie aufgegangen ist, zeigt sich bei dem vielfältigen irrationalen Vermeidungsverhalten geistig Behinderten, aber auch körperlich Versehrten gegenüber. Man kann sie nicht ansehen, oder man hat Angst, nicht mehr wegsehen zu können, und wechselt die Richtung; man tritt zur Seite, man geht etwas schneller, um sie nicht zufällig zu berühren. Jedenfalls sieht man sich vor eine Herausforderung gestellt, glaubt, sich »wappnen« zu müssen.
Aids-Kranke und HIV-Positive erleben die gleichen Fluchtreaktionen – als seien sie »aussätzig« –, und diese Erfahrungen teilen sie mit anderen, die von »versehrenden« Krankheiten, aber auch altersbedingten Verfallsprozessen getroffen sind. »Verunstaltungen« des menschlichen Körperbildes scheinen tiefsitzende Fluchtreflexe auszulösen, Reflexe, die, wenn überhaupt vermittelbar, mit Ekel erklärt werden. Und oftmals genügt sogar das unvermutete Wissen von einer »Versehrung«, um diesen Reflex auszulösen: Die Information über eine Krebsoperation, die Teilnahme an einer Schwulen-Demo, die Mitarbeit bei der Aids-Hilfe – und ähnliches.
Schmutz, Ekel, Infektion, darum soll es im Folgenden gehen, und dabei sind Pest und Aids nur Exempel für die Mechanismen des Vermeidungsverhaltens, das im Kern vermutlich nichts mit Krankheit zu tun hat. Zumindest ist es plausibler, daß bestimmte Krankheiten immer retrospektiv zu Folgen von Grenzübertretungen werden, vor denen sie prospektiv warnen sollen (Douglas 1974).

2. Regeln der Ordnung

In den ältesten Vorstellungen wird die Entstehung von Krankheiten und anderen Übeln auf göttliche Verursachung zurückgeführt. Die Götter strafen wie Zuchtmeister und machen das Verderben zum Instrument übergeordneter Ziele. Im Alten Testament heißt es z. B.: »Wenn du aber nicht gehorchen wirst der Stimme des Herrn, deines Gottes, daß du hältst und tust alle seine Gebote und Recht«, dann bist du verflucht: »Verflucht wird sein die Frucht deines Leibes, die Frucht deines Landes, die Frucht deiner Rinder ... Der Herr wird unter dich senden Unfall, Unruhe und Un-

glück ... Der Herr wird dir die Pestilenz anhängen, bis daß er dich vertilge« usw. (5. Mose 28, 15, 18, 21).
Die Ilias beginnt direkt mit einer Pest. Apollon steigt herab, um den Regelverstoß der Griechen gegenüber seinem Priester Chrya zu rächen: »drohend erklirrten über des Zürnenden Schulter die Pfeile, als er aufbrach«. Sein Bogen verursacht entsetzliche Geräusche, wenn er die Pest in das Lager schießt: »ständig loderten Holzstöße, dicht beieinander, mit Leichen«. Die Griechen wissen, daß sie Apollon die Pest verdanken, aber sie wissen nicht, wodurch sie den Gott erzürnt haben. Es ist eine Kriegsepisode, die erst ein Weiser interpretieren muß. Es geht um Loyalitäten zwischen Göttern und Menschen, um Kriegsrecht und Ehrenpflichten, die dieses einschränken. Agamemnon, der Heerführer der Griechen, verstößt gegen herrschende Sitte und wird gezwungen, seine »Torheit« einzusehen: Er »hieß das Heer von der Schuld sich befreien, und die Mannschaften reinigten sich und spülten die Schuld ab, fort in das Meer«.
Das zweite klassische Beispiel einer göttlichen Strafpest gibt das Alte Testament. Hier wird berichtet, daß Gott selbst David, den König Israels, zu einem Loyalitätsbruch verleitet, ihm dann aber eine Strafe zuweist, weil er der Versuchung nicht widerstand. Gott läßt David trotz dessen Reue zwischen den traditionellen Landplagen wählen: Sieben Jahre Hungersnot, drei Monate Krieg oder drei Tage Pestilenz. David entscheidet sich jedenfalls gegen den Krieg: »Es ist mir sehr angst; aber laß uns in die Hand des Herrn fallen, denn seine Barmherzigkeit ist groß ... Also ließ der Herr Pestilenz in Israel kommen«, und es starben 70 000 Leute. »Und da der Engel seine Hand ausstreckte über Jerusalem, daß er es verderbe, reute den Herrn das Übel, und er sprach zum Engel, zu dem Verderber im Volke: Es ist genug; laß nun deine Hand ab.« David errichtet einen Altar, opfert, »und die Plage hörte auf«. (2. Sam. 24)
Beide Beispiele sind kenntlich als politische Lehrstücke: Es wird Ordnung hergestellt, und die durch Krankheit Betroffenen sind das Spielmaterial dazu. Nur das Volk stirbt, aber damit wird erreicht, daß die Obrigkeit sich regelgemäß verhält. Die Krankheit selbst ist nachrangig, kaum daß die Erzählung die Neugier befriedigt, wie sie denn über die Menschen gekommen sein mag: mit »spitzen Geschossen«, sagt die Ilias. »Schon durchschwirrten die Pfeile des Gottes neun Tage das Lager.« Ein offenbar tagelang hart arbeitender Gott ist hier tätig, der jeden einzeln erschießen muß. Der Gott des Alten Testaments hat dazu seinen Engel, aber auch dieser muß direkt Hand anlegen; er erschlägt die Menschen mit dem Schwert.
Spitze Pfeile, aber auch der Zeigestock, mit dem der Würgeengel an Türen klopft – und sooft er klopft, so viele müssen in diesem Haus sterben –, das

werden für lange Zeit gültige Pestmetaphern. Hier wird ein direkter Kontakt zwischen Verursacher und Opfer behauptet, und das erklärt vielleicht, warum die Obrigkeiten selbst nie betroffen sind. Sie schauen zu, bis ihre eigenen Ziele es nahelegen, die gestörte Balance wiederherzustellen oder sich den übergeordneten Zielen des Gottes zu unterwerfen. Es sind Lehrstücke, keine Krankheitstheorien. Krankheiten haben hier nur ihre kosmologische Einbettung, wie alle anderen Ereignisse des Lebens auch.
Krankheit und Sterben sind konventionelle Ereignisse, »natürlich« wie alles andere, das sich in der Metapher des Werdens und Vergehens ausgedrückt findet und das biblisch »in Gott« ist. Seuchen, Hungersnöte und Kriege durchbrechen diese Normalität und erzeugen dann vielleicht einen besonderen Erklärungsbedarf, der aber den kosmologischen Rahmen nicht sprengen kann. Jede Epidemie, wie alle Notzeiten bis ins 19. Jahrhundert, sind von Gott zu verantworten, und Interpreten sind gezwungen, sie als Strafe oder Prüfung auszulegen.
Es hieße aber, die Alten oder die Primitiven für dumm halten, wenn man annähme, daß sie sich mit kosmologischen Erklärungen alleine zufriedengegeben hätten. Man wird in den Krankheitsvorstellungen immer ein Gemenge von Götter- und Gottesfurcht, Aberglaube und Erfahrung zu erwarten haben. Jede Krankheit geht auf Gott zurück; daneben aber wird ihr, zumindest bis ins 18. Jahrhundert, ohne damit besondere Begründungszwänge oder Kausalitätsbedürfnisse auszulösen, eine Anzahl weiterer Ursachen beigeordnet: Sie kann von Sternkonstellationen herrühren, auf besonders heiße Sommer oder besonders große Hungersnot zurückgehen, mit dem Genuß von unreifem Obst zusammenhängen, sie kann aber auch durch absichtliche Vergiftung entstehen usw. Ebenso wird von einer Seuche meist angenommen, sie sei durch verdorbene Luft vermittelt, aber daneben auch durch Ausdünstungen von Kranken und Toten, wenn man diese berührt oder Gegenstände und Kleider berührt, die sie berührt haben, oder einfach durch den Blick. Auch das Sinnspektrum ist breit: Krankheit kann eine göttliche Strafe sein, kann Ausdruck von Niedertracht und Bosheit übelwollender Menschen sein, kann Dummheit oder Leichtsinn der Kranken selbst ausdrücken. Krankheit und Sterben sind, wie gesagt, konventionelle Ereignisse und, außer für die direkt Betroffenen, nicht weiter interessant. Elend und Sterben werden erst interessant, wenn sie zur Ordnung der Welt dienen sollen.
Schon Hippokrates z. B. fand eine »natürliche« Krankheitsbegründung plausibler als eine theurgische: »Ich glaube nicht, daß der Körper des Menschen von Gott, das Niedrigste von dem Erhabensten besudelt werden kann. Sollte ihm von jemandem ein Schmutz oder ein Leid zugeführt wer-

den, so wird ihn die Gottheit gewiß lieber reinigen und erheben als erniedrigen; denn Gott ist es, der uns von den schwersten Freveln reinigt und den Schmutz von uns fortnimmt« (Zit.: Puschmann 1895, S. 4).

Diese Spur, die Gleichsetzung von Krankheit mit Schmutz und die Heilung als Reinigung, führt direkt zu alten Reinheitsvorstellungen, etwa denen des Alten Testaments, und damit in die soziale Dynamik, in der auch Krankheit einen strategischen Platz hat. Hier werden z. B. Diätregeln verknüpft mit transzendenten Heilsversprechungen: Man möge nur Tiere essen, die wiederkäuen und Hufe haben, nur Fische mit Flossen und Schuppen, eine Anzahl von Vögeln aber nicht, und auch keine kriechenden und »schleichenden« Tiere, denn alle diese sind »unrein« und daher zu »scheuen«. Wer sie aber ißt oder nur ihr Aas berührt, wird »unrein«; auch alles, worauf dieses Aas fällt, ist unrein, und wer solches Aas trägt, »soll seine Kleider waschen und wird unrein sein bis auf den Abend«: »Macht eure Seelen nicht zum Scheusal und verunreinigt euch nicht an ihnen, daß ihr euch besudelt. Denn ich bin der Herr, euer Gott. Darum sollt ihr euch heiligen, daß ihr heilig seid, denn ich bin heilig, und sollt nicht eure Seelen verunreinigen an irgendeinem kriechenden Tier, das auf Erden schleicht« (3. Mose 11, 28, 43/44).

Es ist die Seele, die »verunreinigt« wird bei Mißachtung der Regeln, und diese sollen die Gott-Ebenbildlichkeit eines erwählten Volkes gewährleisten. Die Hygieneregel, Waschen eines verschmutzten Kleides, reicht dann nicht aus, die Person bleibt in jedem Fall bis zum Abend selbst »unrein«. Es ist darauf hingewiesen worden, daß solche Vermeidungsregeln soziale Ordnungsregeln sind. Sie organisieren innere Homogenität durch die Demonstration von gefährlichen Machtquellen, die durch Ausgrenzung beherrscht werden müssen (Douglas 1974, Kap. 3). Es geht nicht um Hygiene, eher um spirituelle Gesundheit, aber bei Verstößen droht Elend und Tod. Die Diätregeln sind, neben anderen Regeln, die tägliche Erinnerung an die Qualitäten Gottes, seine Einzigartigkeit, Reinheit und Makellosigkeit, die überhaupt solche alltäglichen Gottesdienste fordern und rechtfertigen. Derartige Erinnerungsakte ziehen sich durch alle Lebensabläufe der alttestamentarischen Juden und gipfeln in den Tempelregeln, die es allen Personen, die mit »Makeln« behaftet sind, untersagen, sich Gott zu nähern.

Solche Ordnungsregeln organisieren den Handlungsrahmen und die Wahrnehmung des Volkes, gewährleisten Gottgefälligkeit und damit den Segen Gottes. Die Strafpest organisiert sozusagen die Gesellschaft exzeptionell und »von oben«, die Reinheitsgebote täglich und »von unten«. In der altjüdischen Kosmologie sind es überall körperliche Merkmale, die als Zeichen des spirituellen Status einer Person gelten. Hier ist Krankheit ein Makel, ein

Fluch, der auf der Person lastet, aber es ist nicht unbedingt eine Strafe für persönliche Schuld. Krankheit disponiert nicht, wie uns das heute im Kopf ist, zur Bevorzugung, sondern zur Vermeidung, unter Umständen zur Ausstoßung.
Die Inszenierung der Grenzen der »gesegneten« Soziabilität durch Krankheit wird erst vollständig mit der Symbolfigur des »Aussätzigen«. Das Mißtrauen gegenüber der Makelhaftigkeit der Menschen allgemein demonstriert sich hier in der Personifikation des Unreinen, des Ekelhaften, und zugleich wird die bleibende Form des Umgangs damit festgelegt: das Ausstoßen aus der Gesellschaft der Lebenden.

3. Aussatz und die Symbole des Abscheulichen

Man könnte zweifeln, ob die strengen archaischen Heiligkeits- bzw. Reinheitsvorstellungen, trotz der Christianisierung der Kosmologie, so dauerhaft prägend hätten sein können ohne den Aussatz, ohne die kontinuierliche Anwesenheit des ausgeschlossenen Aussätzigen, der gleichwohl immer als Mahnmal präsent gehalten wird. Im Alten Testament wird dem Aussatz große Aufmerksamkeit gewidmet, und damit werden sehr dauerhaft Wahrnehmungen und Rechtfertigungen formiert. Es wird festgelegt, wie zu entscheiden ist, ob es sich um Aussatz handelt, wie Aussätzige sich zu verhalten haben, was zu tun ist, wenn die Krankheit geheilt ist. Was immer es für eine »Krankheit« gewesen sein mag, die auch Kleider und Häuser befällt, wichtig ist, daß die Befallenen ausgeschlossen (Kleider und Häuser verbrannt) werden: »Wer nun aussätzig ist, des Kleider sollen zerrissen sein und das Haupt bloß und die Lippen verhüllt, und er soll rufen: unrein, unrein! Und solange das Mal an ihm ist, soll er unrein sein, allein wohnen, und seine Wohnung soll außerhalb des Lagers sein« (3. Mose 13, 45).
»Aussätzige« auszustoßen, d. h. bestimmte chronisch Hautkranke »auszusetzen« (daher der Name), war keine Besonderheit der biblischen Juden, andere Völker hatten die gleiche Praktik, aber in der biblischen Form ist sie in die europäische Tradition übergegangen. Danach hat Gott selbst den Betroffenen »erniedrigt«, an ihm wird ein Exempel göttlicher Strafe gegeben, und es wird von ihm verlangt, die Zeichen der Unterwerfung und Bußfertigkeit zu tragen. Der Aussätzige ist die Repräsentation des sündigen Menschen, die »Ursache« des Aussatzes ist folglich alles, was strafwürdig schien: üble Nachrede, Götzendienst, Blutschande, Meineid, Hochmut, Neid, Schlemmerei und Trunksucht, Wollust usw. »Er fiel durch Gottes Gebot von der Höhe seines Ansehens in ein erniedrigendes Leiden: ihn ergriff der Aussatz. Als man die schwere Züchtigung Gottes an ihm an

seinem Leibe gewahr wurde, da wurde er Männern und Frauen widerwärtig«, so heißt es im *Armen Heinrich* von Hartmann von Aue (um 1200). Hier ist die Strafe der Beweis für eher geringfügig erscheinende Verfehlungen: für Selbstbewußtsein, Innerweltlichkeit, Lebenslust.

Es ist gelegentlich angemerkt worden, daß der Umgang mit dem Aussatz, auch mit der später in Europa auftretenden Lepra, die nicht heilbar war, sich nicht rechtfertigte durch die tatsächliche Kontagiosität, durch ihre tatsächliche Gefährlichkeit für die Gesellschaft. Die Leitwahrnehmung des Aussatzes war ein Amalgam aus dem Status einer göttlichen Strafe und der äußeren Erscheinung einer über alles ekligen, Entsetzen auslösenden Krankheit. Im 1. Jahrhundert n. Chr. beschreibt ein griechischer Autor zum erstenmal umfassend die moderne Lepra und beschließt die Beschreibung dieser »gewaltigen Krankheit«, deren Anblick schon »ekelhaft und fürchterlich« ist, so: »Wen möchte es wohl nun geben, der solche Kranke nicht miede und sich von ihnen nicht abwendete, selbst wenn es Vater, Sohn oder Bruder wäre. Dazu kommt noch die Furcht vor der Ansteckung. Aus diesem Grunde setzten schon manche die liebsten Anverwandten in Wüsten und Berge aus ...« (Zit.: Koelbing u. a. 1972, S. 45/46).

Die Krankheit ist eine Strafe Gottes, sie ist ekelhaft und fürchterlich, und überdies hat man Angst vor Ansteckung. Angst vor Ansteckung weist auf eine »natürliche« Krankheitsursache hin, die der göttlichen Strafe zu widersprechen scheint. Denn das »Schmutz«-Tabu, die Ordnungsregel, daß die Berührung des Unreinen unrein macht, ist ursprünglich spirituell, nicht hygienisch. Aber es gehört zu den ältesten medizinischen Beobachtungen, daß durch den Umgang mit Kranken die gleiche Krankheit vermittelt werden kann. Und man hat auch seit den ältesten Zeiten »natürliche« Krankheitserklärungen, physiologische Deutungen, die pragmatische Heil- und Linderungsmaßnahmen ermöglichen.

So wird auch der Aussatz, selbst wenn er als unheilbar gilt, im Rahmen der zeitgenössischen Säftelehren interpretiert: Wie bei anderen Krankheiten ist die Mischung der Säfte gestört, hier wird ein Übermaß an »schwarzer Galle« vermutet, die die Säfte verdirbt. Und neben die theurgischen Ursachen treten die üblichen säkularen, die das gleiche anrichten: schlechte Luft, schlechte Nahrung und, wie schon gesagt, Umgang mit Leprösen. Später führen arabische Autoren noch einen Menstrualaberglauben ein, der in Europa bis in die frühe Neuzeit Bedeutung hat. Demnach wird ein Kind leprös, das zur Zeit der Menstruation gezeugt wurde. Auch hier ist Lepra die Folge eines Tabuverstoßes, und das ist wohl ein weiterer Grund, warum allgemein zum Wesen der Lepra eine ausgesprochene Geilheit assoziiert wurde. Viele »brennen vor Begierde« nach Geschlechtsverkehr, heißt es

z. B. in einem Text des 13. Jahrhunderts (Brody 1974, S. 51). Effekte dieser Art dienen noch heute Spielfilmregisseuren, wenn sie exotischen Horror inszenieren; dann ist die Horde Lepröser nicht weit, die sich über makellose Körper hermacht.

Aussatz/Lepra ist »erniedrigend«, weil der Körper durch Geschwüre »zerfressen«, Glieder verstümmelt, das Gesicht verunstaltet, die Nase zersetzt werden. Es sind diese Geschwüre, die für die Schmutz-Assoziation stehen und die dazu führen, daß Personen denunziert werden, mit Aussatz behaftet zu sein, daß sie »ein Abscheu« an sich tragen. Die Aussatz-Beschau entscheidet dann über ihr Los, und der Betreffende hat großes Glück, wenn, wie z. B. 1572, ein Ärztekollegium befindet, daß der Untersuchte »mit der Seuch der Frantzosen (Syphilis) verunreiniget, wiewohl sie abscheulich und zu fliehen, jedoch derhalben Er von Gemeinschaft der Menschen nicht soll abgesondert werden« (*Archiv f. Gesch. d. Med.* 1911, S. 385).

Für Schmutz, Abscheu, Ansteckungsangst gibt es eine Hierarchie, die von der Lepra abgeleitet ist. Aussatz/Lepra ist das Modell des Abscheulichen: ein von Geschwüren zerfressener, zerstörter Körper. Dabei ist Schmutz schon immer die assoziative Brücke zwischen spiritueller und materieller Ansteckungsfurcht. Aber letztere, die Furcht vor den stinkenden Ausdünstungen der Leprösen etwa, besonders vor ihrem Atem, hat nichts Beschränkendes, Lokalisierbares, Rationalisierendes; es ist die ganz ungehemmte Furcht vor der Außenseite, die für diese Krankheit steht und die selbst nur Zeichen für die innere Verfaulung ist.

Die Gesellschaft des Mittelalters organisiert sich gegen die Leprösen. Aber die Regeln der Ausgrenzung erscheinen ambivalent, nicht ausgeführt, vielleicht nicht ausführbar. Die Hauptsorge, ausgedrückt in immer neuen Dekreten und Leprosenordnungen, ist der sichere Ausschluß und die Vorsorge gegen mögliche Ansteckungen. Sie müssen raus aus der Gesellschaft, vor die Stadtmauern, auf das freie Feld. Hier ist an alles gedacht worden, von der besonderen Bekleidung, Handschuhen, Behältern für Lebensmittel und Getränke, Klappern, Schellen oder Hörnern, um auf sich aufmerksam zu machen, bis hin zu sehr detaillierten Verhaltensauflagen wie dem Verbot, sich Städten, Märkten, Kirchen zu nähern, durch enge Gassen und Wege zu gehen, in Flüssen zu baden, Wasser aus öffentlichen Brunnen zu nehmen, Kindern etwas zu schenken, der Aufforderung, mit Gesunden nur gegen die Windrichtung gewandt zu sprechen, usw. Seit dem Lateran-Konzil von 1179 wird ein neues Ausgrenzungsritual festgelegt und kommt zu weiter Verbreitung: Der Lepröse ist jetzt nicht mehr nur faktisch aus der Gesellschaft der Lebenden ausgeschlossen, er erhält eine förmliche Totenmesse

und gilt fortan als tot. Sehr brutale Regeln sind das, aber zur Infektionsvermeidung wohl höchst effektiv.
Die Leprösen markieren die Ränder der Gesellschaft. Auf dem freien Feld, wo sie in Hütten (bis hin zu offenbar sehr gut ausgestatteten Lepraspitälern) wohnen, haben sie ihre soziale Funktion. Deshalb können die brutalen Ausschlußregeln gelockert werden. So ist ihnen mitunter das Betteln ganz verboten, ihr Unterhalt soll durch geregelte Kollekten gesichert werden; dann wieder gelten sie als privilegierte Bettler, die gegen »unrechtmäßige« Bettler, die sich auch noch den Anschein von Leprösen geben, verteidigt werden müssen; oder sie sind verpflichtet, die privilegierten Bettelpositionen vor den Kirchen auch einzunehmen, es setzt Strafen, wenn sie »hoffartwegen« nicht betteln wollen. Es gibt auch Ausnahmen des Verbots, in Städte und auf Märkte zu kommen und zu betteln, und zwar gerade für Festtage und Messen, also zur Zeit besonders großer Menschenansammlungen. Lepröse dürfen an Wallfahrten teilnehmen, und sie sind manchmal durch Statuten gezwungen, bei großen öffentlichen Gottesdiensten anwesend zu sein, nicht zuletzt haben sie hier die Pflicht, die zu ihren Gunsten gestifteten Bittgebete abzudienen. Am Ende ist die schärfste Strafe bei Verstößen gegen die äußerst rigiden Hausordnungen in Leprosenspitälern erstaunlicherweise ihr Rauswurf auf die Straße. Das mag ihre Lebensbedingungen verschärft haben und eine Abschreckung gewesen sein, insbesondere in fortgeschrittenen Krankheitsstadien, aber eine rationale Infektionsvorbeugung ist das nicht.
Es wird also nicht nur in Kauf genommen, daß die Leprösen tatsächlich »umherschweifen« und alles anstecken, wie manchmal beklagt wird; es ist vielmehr so, daß sie präsent sein *sollen*. Die mittelalterliche Gesellschaft kann offenbar nicht auf die Figur des Leprösen verzichten: als Modell des Abscheulichen, als Träger einer moralischen Krankheit, die, um »heilsame« Wirkungen ausüben zu können, überall gesehen, vielleicht gerochen werden muß.
Im 13. Jahrhundert erreicht die Lepra, wenn nicht die größte Ausbreitung in Europa, so doch die größte Aufmerksamkeit. Fast in jedem kleinen Ort gab es Leprosorien, in großen mehrere, z. B. in Bonn drei, in Köln vier. Seit dem 14. Jahrhundert, vielleicht als eine Folge der Pestzüge, geht die Lepra zurück. Ende des 17. Jahrhunderts gibt es kaum noch Lepröse, die Leprosorien werden aufgelöst oder durch andere Armenpopulationen als allgemeine Siechenhäuser genutzt. Mit dem ersten Pestzug 1347-51 ersetzt die Pest die Lepra, zwar nicht als Symbol des Abscheulichen, aber als Leitkatastrophe, als wirkliches göttliches Gericht.

4. Pest und die Erziehung der Gesellschaft

Die Pest ist, recht besehen, mehr als eine Krankheit, nicht nur ein historisches Ereignis. Pest ist die Metapher für Katastrophe, für das Verderben schlechthin. Die Pest ist ein Mythos. »Jeden Tag war sonst ein Fest; / Und was jetzt? Pest, die Pest! / Nur ein großes Leichennest, / Das ist der Rest!« So dichtet der »Liebe Augustin«, ein historisch verbürgter Volkssänger und Sackpfeifer, der 1679 die Pest in Wien erlebte und, der Sage nach, vor Kummer betrunken in der Gosse liegend für einen Pesttoten gehalten und in eines der Massengräber geworfen wurde. Augustin personifiziert gleich zwei Mythen: Er ist Opfer einer rohen, in jeder Hinsicht entmenschten Pestadministration, die, ähnlich wie die Pest selbst, keinen Unterschied zwischen Lebenden und Toten kennt. Aber er überlebt; schon begraben entgeht er dem Tod, um die Katastrophe zu bezeugen. Das Szenarium ist Weltende, Überlebende sind Wiedergeborene. Die Pest ist das Ende des Lebens als ein Fest, aber diese »reinigende« Sintflut enthält das Versprechen des Neubeginns, der Neuschöpfung des Menschen.

Das Monumentale, das religiös Überhöhbare der Pest ist das, was noch heute vordringlich daran interessiert. Dieses Pestbild, das ältere Stereotypen aufnahm, formierte sich während des großen Seuchenzugs 1347-51 und überlebte das Erlöschen der Pest in Europa zu Beginn des 18. Jahrhunderts. Dieser große Seuchenzug, der »Schwarze Tod«, muß die Menschen in Angst und Schrecken versetzt haben, und es sind sehr viele daran gestorben – ein Viertel bis ein Drittel der europäischen Bevölkerung, so wird geschätzt (Bulst 1979, S. 54). Aber die literarische Tradierung der Ereignisse metaphorisiert diese sofort, die Beschreibung von Einzelgeschehen, Wahrnehmungen und Auswirkungen folgt festgelegten Mustern, die nach dem Konzept eines universalen Gottesgerichts arrangiert sind. Und es ist kein Wunder, aber auch kein Beweis für identisches Erleben oder sogar identische Wirklichkeiten, daß die das Pestbild prägenden Beschreibungen von Thukydides über Boccaccio bis Defoe und Camus hochstandardisiert sind.

Selbst wenn die Pest im Laufe der auf das »große Sterben« 1347-51 folgenden Jahrhunderte nicht mehr ernsthaft als Geißel Gottes verstanden wird, dient sie weiter als moralische Anstalt. Noch der Medizinhistoriker Sticker läßt den ersten Band seiner Geschichte der Pest enden mit einer Arabeske zum Thema Pest als »Schmutzkrankheit«: »Kein Mensch denkt an die bereits zur Sage gewordene Pest, und die große Mörderin entwickelt ihre Tücke aufs Neue, weil die Überlebenden aus der letzten Seuche die traurige Geschichte ihrer Voreltern vergessen und die uralte Lehre der Pest nicht

verstanden haben: Reinlichkeit bis zum Äußersten!« (1908, S. 420). Hier ist Reinlichkeit allerdings Hygiene; bis ins 18. Jahrhundert war sie ein spiritueller, moralischer Ordnungsbegriff mit äußerlichen, körperlichen Kennzeichen.

Die Pest gilt als Schmutzkrankheit, von Anfang an. Sie ist erschreckend, entsetzlich, furchtbar, nicht nur, weil sie schnell tötet – insbesondere in der Form der Lungenpest, wie sie zuerst auftrat. Sie ist so grauenvoll, weil sie das menschliche Bild zerstört, wenngleich auf andere Weise als die Lepra; aber auch hier sind die Kranken schon zu Lebzeiten tot: Sie fallen in Fieberwahn, sie verlieren die Kontrolle über ihren Körper, erbrechen sich, spukken Blut, haben Durchfall, ihr Atem stinkt, ihr Körper wird schwarzblau durch Flecken, Beulen und Geschwüre; wenn man diese öffnet, schreibt ein Pest-Chirurg, »gibt es solch einen Gestank, daß man dabei tot bleiben möchte« (Stöckel 1719, S. 21); ihre Augen sind starr, ihre Körper schon verfault, bevor sie den letzten Atemzug tun, heißt es häufig. Einige dieser Symptome finden sich auch bei anderen Infektionskrankheiten, bei Pocken und Flecktyphus zumeist. Aber das Wort »Pest« ist nicht für die heutige Krankheit reserviert; »böse pestilenzische Fieber« ist der Sammelbegriff für mehrere ähnliche Krankheiten. Noch im 17. Jahrhundert halten es die Ärzte für überflüssig, sich viel Mühe mit der Abgrenzung dieser Fieber zu machen.

Pest ist eine Schmutzkrankheit. Dem volkstümlichen Sympathieglauben zufolge wird durch sie der menschliche Schmutz hinweggerafft, die Welt von diesem »gereinigt«. Hier begegnen sich in religiöser Kosmologie traditionelle medizinische Vorstellungen der Vermittlung der Pest durch vergiftete Luft, wie sie von jeder Art von Unrat ausgeht – von Senkgruben, Kot auf den Gassen, Leichen von Menschen und Tieren –, mit der volkstümlichen Vorstellung, daß Schmutz Schmutz anzieht. So kann man z. B. versuchen, die Pest irrezuleiten, indem man den Mist von den Gassen auf die Straßenkreuzung außerhalb des Ortes oder, einfacher, aus dem Haus auf die Gasse transportiert. Sie wird sich dort niederlassen (Hossmann 1614, S. K 3). Findet man aber einen noch mächtigeren Gestank, kann man sie vertreiben, genauso wie Gott es mit der verdorbenen Menschheit macht: »Ein Wirt hat unnütze Gäst in seinem Haus«, so erzählt ein ärztlicher Autor das »Gleichnis« von der Pest, »wollt ihr gern loswerden, weiß nit, wie er sie mit Fug hinaus brecht, bedenckt sich, er woll mit eim Gestanck und bösen Geruch sie hinaus stencken, er wisse doch sonst sie nit hinaus zu bringen, nimmt Leder, Horn, Huf, Klauen, wollen Tuch, Federn, asam foetidam und anders was übel stinckt, macht ein Feuer, zünds an, der Rauch schwingt sich, stinckt übel, die Gäste empfahlen ihn etc. Also tut ihn auch

Gott, durch die Natur, wann er uns unnütze Gäst und sündige Menschen strafen will, macht und zündt an ein scharfen Rauch, das ist vergiftete Luft« (Burggraven 1640, S. 12/13).

Die Pest stimuliert erstaunliche Geruchsobsessionen. Aber das, was stinkt »wie die Pest«, ist meist nur die Pest-Prophylaxe. Man trägt stinkende Amulette, tunkt die Hände in Duftwässer, Essig oder Kräuterabsude, beschmiert Mund und Nase mit Ölen oder Butter, spült den Mund mit Essigwasser, riecht an Essig oder Kräutern, kaut Wurzeln oder läßt Pestpillen im Mund zergehen; vor allem wird geräuchert. Da die vergiftete Luft von außen kommt, darf man kein Fenster öffnen, es sei denn, die Sonne hat einige Stunden geschienen. »Die Luft betreffend, soll so viel immer möglich rein und klar gehalten werden, solches geschieht aber sonderlich mit sauberm Haushalte, gutem Rauchwerk, mit heller Flamm von Wacholder, Rosmarin, Lavendel, Quendel, Majoran und dergleichen« (Bericht 1625, S. 3/4).

Alles, was brennt, duftet oder stinkt, ist gut gegen die Pest, Rauchkerzen, Rauchpulver aus der Apotheke und Schießpulver, aber mit Vorsicht abzubrennen. Für die Reichen subtile Düfte, für die Armen kräftige Aromata. In sympathetischer Sicht ist Duftendes und Stinkendes gleich gut, weil sie »dem Gift der Pestilenz zu wider sind und so vertreiben« können (Flaccus 1566, S. E). Geruch vertreibt das Gift, Feuer verzehrt es. »So wird auch die böse Luft sonderlich durch das Feuer wohl geläutert und gereinigt« (Trutiger 1563, S. 22). Immerhin wendet sich Sorbaith, dessen große Verdienste um Wien zur Pestzeit 1679 gelobt werden, dagegen, daß in den Gassen Mist verbrannt wird, aber er will durch Feuer und Kanonenschüsse die Luft »korrigieren«, und auch durch Glockenläuten: »weilen dadurch die Luft gereiniget und beweget wird ... es werden alle bösen Geister, welche in der Luft schweben und die armen Menschen an ihrer Andacht verhindern, hinweg vertrieben« (1679, S. 35).

Die Pest ist seit den Traktaten des 14. Jahrhunderts ein konventionelles Ereignis; die Ratschläge, die erteilt werden, ändern sich, wie die Einstellungen zur Pest selbst, bis zum Ende des 17. Jahrhunderts kaum. Es gibt eine Pestkonvention, an die sich selbst berühmte Ärzte halten, als hätte man Angst, durch einen Konventionalbruch die Pest auf sich zu ziehen. Allerdings sind diejenigen, die als Ärzte eine Epidemie durchleben, ganz selten identisch mit denen, die für die unendliche Flut von Pesttraktaten verantwortlich sind. Die akademischen Ärzte sehen bestenfalls aus der Distanz zu; in ihrer Mehrzahl verlassen sie fluchtartig die Städte, so wie die meisten Begüterten, z. B. noch 1679 in Wien und 1720 in Marseille. Selbst die etablierten handwerklichen Chirurgen halten sich weitgehend fern. Als »Pest-

Chirurgen« werden meist ihre Gesellen angestellt, ein Vabanque-Spiel für sie, mit dem sie sich aber etablieren können, falls sie überleben. Diese Leute schreiben selten und wohl noch seltener so offen: »da möchten sich andere finden, die zur Zeit der Contagion im Maußloch sich verkrochen auch wohl anderthalb Patienten gehabt, bei welchen sie 200 observationes gefunden und möchten die Welt noch immer, je länger je mehr, in confusion bringen« (Stöckel 1710, S. 6). Für Stöckel, der die Pest in Danzig 1709 überlebte, hat diese denn auch nichts Mysteriöses, und er schimpft, daß man »die Pest so weit und künstlich herholet, als wäre es eine unbegreifliche, übernatürliche, unüberwindliche und incurable Krankheit, ja solch ein Gift, das wie ein Basilisk mit Anhauchen und Ansehen die Menschen töte«. Diese Position werde aus Unerfahrenheit und Eigennutz vertreten: »Denn mancher will durch die Pest entweder erben, nehmen oder reich werden und wünschte wohl, daß alle Menschen ausstürben, traduciret so viel Grausamkeit und Gefährlichkeit von der Pest, daß einem bange werden muß und spricht mancher, wenn sie in Angst sind, so zahlen sie zehnfach« (S. 9). Hier hat jemand den Mut, die Pest als ein gutes Geschäft zu erkennen, was sie für die, die überlebten, immer schon war.

Jetzt erst, wie wir heute vermuten, zur Zeit der abnehmenden Virulenz des Pesterregers, wird versucht, das Pest-Monument auf eine andere Größe zu reduzieren, z. B. macht man sich über die These der vergifteten Luft lustig: »Daß die Pest in großen Klumpen unsichtbarer Tierlein bestünde, welche die Menschen, teils durch das Atemholen in sich schluckten, teils von denselben gebissen würden«, sei altmodischer Unsinn, der auch durch den Hinweis, daß schon Hippokrates »zu diesem Ende ganze Wälder angezündet, um dem in der Luft herumfliegenden Pest-Ungeziefer die Flügel abzubrennen«, nicht plausibler wird (Dieterich 1714, S. 5/6). Tatsächlich zeige die Erfahrung, daß das »Pestgift« von Person zu Person übertragen werde, und im Fall der Pest von Regensburg 1713 sei sie durch pestkranke Juden eingeschleppt worden.

Oder es wird kritisiert, daß die öffentlichen Pestmaßnahmen während einer Epidemie die Auswirkungen der Krankheit potenzieren, statt sie einzuschränken. Quarantäne-Maßnahmen wie das Einschließen der Infizierten in ihren Häusern und das Schließen der Stadttore erreichen, daß jeder, der erkrankt, auch stirbt, weil keine ausreichende Lebensmittelversorgung bzw. medizinische Pflege organisiert werden kann. Dazu bricht aller Verkehr zusammen, und gerade die Armen, ohnehin die Hauptbetroffenen einer Epidemie, sind ohne Arbeit, Geld und Ernährungsmöglichkeiten. So ist es kein Wunder, daß es zu Chaos und jeder Art Verletzung von Eigentum kommt (z. B. Stöckel 1710).

Tatsächlich sind die Stadtverwaltungen den organisatorischen Anforderungen einer Pestepidemie in der Regel nicht gewachsen. Die »Friedens«-Verwaltung durch ehrenamtlich tätige Statusgruppen und durch Ehrenpflichten von Berufsgruppen bricht zusammen, trotz der schönen, detaillierten Pestordnungen. Die Pest fällt auch finanziell dem »publico« zur Last, für die Pesthäuser, Pest-Chirurgen, Kranken- und Totenträger gibt es keine Fonds. Die in der Masse betroffenen Armen müssen durch Spenden erhalten werden. In Wien sollte 1679 gegen die Pest nur für »Ehr und Reputation« Hilfe gesucht werden, und erst, »als das Wasser in den Hals gerennet«, ist man bereit, Geld auszugeben (Sorbaith 1679). Dann aber wird das jetzt vollständige Chaos mit Kriegsrecht bekämpft: An »Schnellgalgen« werden Leute aufgeknüpft, die gegen die Pestordnung verstoßen, Ärzte werden mit Gewalt zur Versorgung der Kranken gebracht, Strafgefangene für besonders gefährliche Arbeiten eingesetzt; allerdings werden auch Geld und Nahrungsmittel an die Armen verteilt. Die Pest wird für die Mutter der öffentlichen Gesundheitspflege gehalten, aber das ist wahrscheinlich übertrieben, denn jede wirkliche Epidemie überschreitet sofort die Möglichkeiten zeitgenössischer öffentlicher Ordnung und bestärkt somit eher die traditionelle Wahrnehmung eines übernatürlichen Ereignisses, insbesondere in der Sicht der geflohenen Verwaltungen und Ärzte.

Wenn die Pest von Anfang an für »ansteckend« gehalten wird, dann im Sinne der traditionellen Vorstellungen von vergifteter Luft und der volkstümlichen Sympathievorstellungen. Das Gift wird durch den Atem »eingezogen«, oder es »haftet« an und »schleicht sich ein«, ohne daß die Eingangswege klar sind. Der Körper ist ein nach außen ganz offenes System, äußere Gefahren können durch alle Körperöffnungen, vor allem auch durch die überall befindlichen »Schweißlöchlein«, eindringen. Durchblättert man die Flut der Pesttraktate, gewinnt man den Eindruck einer kollektiven Giftphobie. Es wird eine überall gegenwärtige Vergiftungsgefahr beschworen, die »in der Luft« liegt, es ist ein Synonym für das Schlechte, Fremde, Asoziale allgemein: »da schleicht die Seuche im Finstern, daß der Mensch nicht weiß, wie und wenn er das Gift an Hals bekömmt«; sie geht durch das ganze Land, »wenn sie eingenistet, so schleicht sie tapfer herum, tut wie einer, der mit Fleiß alle Winkel durchkreucht ... kömmt sie in ein Haus, so erschleicht und bekreucht sie gemeiniglich alle so darinnen sind, und man kann ihr nicht balde los werden« (Hossmann 1614, S. E). Dieser Personifizierung in den Pesttraktaten entspricht in Pestzeiten die Verfolgung von »Fremden« als »Giftträgern«, im 14. Jahrhundert vor allem von Juden und Aussätzigen.

»Angesteckt« wird man in medizinischer Sicht, wenn der eigene Körper

selbst schon »unrein« geworden ist. Zugrunde liegt eine sympathetische Feueranalogie: Das Feuer springt von Gleichem zu Gleichem über. Im Körper sammeln sich ununterbrochen faulige Säfte und böse Schleime, diese müssen durch Brechen, Schwitzen, Abführen, Aderlassen, sogenannte Reinigungskuren also, ausgeführt werden. Auch die Pest ist nichts als eine »Korruption« der Säfte. »Denn, so der Leib von böser Feuchtigkeit, Putrefaction rein und sauber ist, so mag das pestilenzische Fieber nicht leichtlich einen angreifen ... Aber wo der Leib unrein ist und voll böses Geblüts, so fället er balde wie ein Zunder und dürres Holz und wird vergiftet. Und das ist auch die Ursache, daß etliche zu der Zeit der Pestilenz balde dahin sterben und etliche frisch und gesund bleiben« (Sigismunt 1540, S. 9).
Diese »strukturelle« Unreinlichkeit des Körpers kann durch eine richtige Diät gemildert werden, und so werden alle möglichen Verhaltensvorschriften gegeben. Aber die Unreinlichkeit kann auch, durch Verstöße gegen die zentrale Regel der Mäßigkeit in allen Dingen, gefährlich gesteigert werden. Dies vor Augen zu führen, ist offenbar bei den meisten von Ärzten geschriebenen Pesttraktaten ein Hauptanliegen: Die Pest ist ein Vorwand für die Bemühung um körperliche Erziehung des Publikums, vielleicht in Konkurrenz zu der dominierenden religiösen Erziehung durch den Klerus. »Danach empfangen die Seuche bald die ihren Leib mit Fressen und Saufen geschwächt haben ... Denn dieweil die Luft faul ist und findet faule Feuchtigkeit, so wühlet und sühlet sie sich darinnen und hat dazu Lust, gleich wie ein Sau in einer stinkenden faulen Pfütze« (Flaccus 1566, S. F2).
Die Pest ist eine Schmutzkrankheit, und sie trifft vor allem diejenigen, die sich »Unreinlichkeiten« zuschulden kommen ließen. Und so wird in allen Pesttraktaten Reinigung gefordert, zuerst spirituelle (bei ärztlichen Autoren oft nur als Floskel): Bußetun, Bittgebete; dann körperliche: Reinigungskuren, diätetische Mäßigkeitsreglements, also ebenfalls »von innen«; schließlich die genannten äußerlichen Präservationsmaßnahmen, die den gefährdeten inneren Körper von außen »festmachen«, gegen das Eindringen der Gefahr sichern sollen.
Die Erziehungsintention versagte wohl immer beim Auftreten der wirklichen Pest. Denn nichts hilft gegen die Pest, alle Reinigung ist vergeblich, und jetzt bricht Angst und Schrecken aus, jede Form von Panik, Verbrechen und Unsittlichkeit. »Diese Heimsuchung«, so schreibt Boccaccio im *Dekameron* über die Pest in Florenz 1348, habe »einen solchen Schauer erregt, daß ein Bruder den anderen verließ oder der Oheim den Neffen und die Schwester den Bruder und oft die Frau ihren Gatten; und was gewichtiger und schier unglaublich ist, sogar die Väter und Mütter scheuten sich, nach ihren Kindern zu sehen und sie zu pflegen, als ob sie nicht die ihren

gewesen wären«. Dieser literarische Topos hat, wie viele andere Pestmythen, mit oder ohne Zeitzeugen, mit oder ohne Erziehungsintentionen, dazu gedient, die Gewalt der Pest zu illustrieren. Es sind Katastrophenbilder, die wohl kaum die wirkliche Ansteckungsangst zeigen.
Dabei wäre es historisch interessanter, die große Toleranz der Zeitgenossen gegenüber Ansteckungsgefahren und Tod zu betonen. So wird immer wieder berichtet, daß die Leute noch mit Flecken und Beulen am ganzen Körper auf die Straße gehen, in die Kirche, zur Arbeit. Prozessionen, große Beerdigungen und kirchliche Großveranstaltungen finden trotz eines Seuchenausbruchs statt, ebenso natürlich regionale Märkte. Selbst erschreckende Vorfälle, wie Zusammenbrechen und plötzlicher Tod von Personen in der Öffentlichkeit, hindern nicht, daß die Leute zusammenlaufen. Noch das Schließen und Bewachen von infizierten Häusern kann zum Spektakel werden, das die Massen anzieht, wie 1625 in London: »The show was as novel and as fascinating as a strange fish or a dead Indian and much cheaper« (Wilson 1927, S. 74; die letzte Pestepidemie in London lag 22 Jahre zurück). Und wenn das Sterben eine Katastrophe wird, dann sind der Mangel an Nahrungsmitteln und die Angst zu verhungern größer als die Angst vor der Pest.
Die Quarantäne-Maßnahmen müssen häufig durchgesetzt werden, weil die Leute nicht genug Angst vor Infektionen haben. Offenbar sind es erst die Pest-Inszenierungen, die wirklich Furcht und Schrecken verbreiten. Der Terror beginnt nicht mit der Pest, sondern mit den Maßnahmen gegen sie, mit dem Verbot ehrlicher Beerdigungen, mit dem Schließen von infizierten Häusern, »als ein Grab derer Lebendigen«, oder mit dem Abtransport Pestkranker in die Spitäler, die Sterbehäuser sind, meist ohne wirkliche Pflege und medizinische Versorgung; am Ende steht sogar das Verbot öffentlicher Gottesdienste. Erst wenn Personen und Häuser, Lebende und Tote als pestilenzisch markiert sind, Pest-Chirurgen, Krankenträger und Leichengräber besondere Bekleidungen tragen, mit schwarzen oder roten Kreuzen, vor dem Zug ein Mann mit weißem Stab geht, dann ist der Weltuntergang da.
Der Gelehrte Hossmann mußte seinem Nachbarn beistehen, sechs Familienmitglieder zu pflegen und in wenigen Tagen zu beerdigen: Dann wird klar, es ist die Pest, und jetzt überläßt er den Nachbarn sich selbst, »hatte ich doch billig um mich selbst zu trauern, sintemal ich so nahe um sie gewesen« (1614, S. B3). Er verläßt das Haus nicht mehr und schreibt: Schon allein »das Anschauen der toten Körper (könne) manchen mit der Pest anstecken ... ja etliche haben durch wohlverwahrte Fenster und Glasscheiben von fernen sehen kranke Leute hinausführen und sich so heftig davor

entsetzet, sind krank worden und gestorben. Ja etlichen hat bei der Nacht geträumet, wie die Totengräber in ihr Haus kommen, oder tote Körper vor ihre Türe legten, sind im Schlaf heftig erschrocken, krank worden und samt den ihrigen gestorben« (S. D4). Auch die Ansteckung durch Ansehen und der Tod durch Erschrecken ist ein typischer literarischer Topos, und für Hossmann sind seine eigenen Erfahrungen nicht weiter erklärungsbedürftig, vielleicht nicht erklärungsfähig.
Panik, haltloses Entsetzen, nicht kontrollierbare Infektionsängste sind sicherlich nichts Absonderliches in Epidemiezeiten. Dieser Terror scheint aber im Fall der Pest von dem Namen, richtiger einer bestimmten Imagination dieses Namens, ausgegangen zu sein. Denn es gab pestilenzische Fieber, aber nur ein »Gottesgericht«, so wie es alle Arten abscheulicher Geschwüre, aber nur einen »Aussatz« gab. Deshalb wird bei jedem Ausbruch der Seuche erwartet, daß es nichts Ernstes sei, zumal es immer zuerst die Armen trifft: daß es sich z. B. um eine Art Fleckfieber handle, das »teils von der schmutzigen Lebensweise, teils von dem vielen Stintfressen« (ein Fisch mit stinkendem Fleisch) der Armen entstanden sei, wie der Pestausbruch in Bremen 1713 offiziell heruntergespielt wurde (Zit.: Schwarz 1984, S. 23). Daneben aber erscheinen die Pesttraktate, die genau diesen Terror des Gottesgerichts und die immer gleichen Pestmythen wiederholen und memorieren.

5. Die tödlichen und die heilsamen Schrecken

An Krankheiten, auch an Seuchen, ist soziologisch gesprochen nicht interessant, was sie tatsächlich sind, interessant ist die Sinndeutung, die sie anzunehmen in der Lage sind, ihre Metaphernqualität in bezug auf globale soziale Probleme. Man kann das an allen möglichen Krankheiten verfolgen. Die Seuchengeschichte hat einen Bestand an Deutungsmustern entwickelt, die als vorgegebene Wahrnehmungsformen auf folgende Katastrophen einwirken. Mit diesen Mustern wird ganz traditionell Sinn und Zweck des Sterbens bestimmt und damit Ordnung und Sicherheit hergestellt. So ist Leben und Sterben ehemals nicht ohne Gottes Hilfe möglich. Die Kosten der damit gegebenen Sicherheit sind, daß Katastrophen nur Strafen oder Prüfungen sein können, wie immer man sie sonst noch erklärt.
Die Analyse der Deutungsformen zeigt ein gestuftes Katastrophenmodell. Historisch haben Leitkrankheiten wie Aussatz und Pest dazu gedient, Grenzen zum Chaos, zur allgemeinen Auflösung zu bestimmen. Damit ist die äußere, physische Erscheinung nicht nur Ausdruck des moralischen Inneren, sondern auch Repräsentanz der Grenzen des sozialen Systems.

Diese Symbolstruktur hat die Funktion, Gefahrenquellen nicht nur zu bezeichnen, sondern auch zu beherrschen. Im Prinzip sind Gefahren und Gefahrenabwehr gleich strukturiert, nie ist die Gefahrenimagination größer als die Kontrollhoffnung. Gerade dort, wo die Katastrophenwahrnehmung eine übermächtige, unkontrollierbare Gefahr zu skizzieren scheint, überraschen Kontrollerwartungen, allerdings magischer Art. So muß noch die ins Mythische erhobene Gefahr dem Schutz der Lebenden dienen, indem sie sie lehren soll, Grenzen zu respektieren. Seuchengeschichte ist eine Geschichte der tödlichen Schrecken, die zu heilsamen werden sollen.

Die Bakteriologie hat die Säkularisierung der Seuchenkatastrophen dort aufgenommen, wo sie mit der Aufklärung stehengeblieben war. Diese hatte den »Schmutz«, das traditionelle Konzept der Gefahr, aus der Moral, dem inneren Menschen, ein Stück in die sozialen Verhältnisse, die verbessert werden müßten, versetzt. Die Bakteriologie verweist die Gefahr wieder nach innen, indem sie Schmutz in pathogene Mikroorganismen übersetzt. Aber sie präsentiert damit ein technisch formuliertes und als ebenso steuerbar gedachtes Gefährdungsmodell: Die Katastrophe ist nur mehr eine zufällige Überschwemmung durch bestimmte Mikroorganismen. Teufel und Heilige scheinen damit endgültig ausgetrieben. Kranke sind von dem Mißtrauen befreit, daß mit ihnen etwas »nicht in Ordnung« ist, ihre Krankheit evoziert keinen Ordnungswillen mehr. Das Innere ist nur Physiologie, der Status des Kranken kann aufgewertet werden.

Dieses bakteriologische Katastrophenmodell mußte scheitern, nicht zuletzt weil es, sich als Naturwissenschaft verstehend, Bedeutungszuweisungen vermeiden zu können glaubte. Denn das Bedürfnis nach Bedeutung besteht fort, wenn Betroffene Krankheit und Tod als Katastrophe erleben; hier muß das Modell eines biologischen Zufalls versagen (Tempkin 1977, S. 470). Das Konzept der Individualität steht heute der Vorstellung des göttlichen Ratschlags so fern wie die Vorstellung, daß überhaupt Gründe fehlen. Aber auch das soziale Ordnungsinteresse kommt, wie sich zeigt, weiterhin nicht aus ohne Bedeutungszuweisung: Die Syphilis hatte lange den Status einer Grenzmarkierung abgegeben, jetzt nimmt Aids diesen an. Und so füllen sich die alten Diskriminierungsdispositionen von Schuld und Strafe, von äußeren Zeichen innerer Korruption, von Makeln und der Möglichkeit des »Überspringens« immer wieder neu.

Bericht, Wie man sich in jetzt regierender Straff- und Landplag der Pestilentz verhalten solle, Frankfurt 1625

S. N. Brody: *The disease of the soul. Leprosy in medieval literature*, Cornell University Press 1974

N. Bulst: »Der Schwarze Tod. Demographische, wirtschafts- und kulturgeschichtliche Aspekte der Pestkatastrophe von 1347-1352«, in: *Saeculum* 1979

J. E. Burggraven: *Tractat von der ungarischen Hauptschwachheit, auch anderen epidemischen gifftigen Fiebern*, Frankfurt 1640

J. G. M. Dietrich: *Genaue Untersuchung der Seuche, welche zu Regensburg anno 1713 grassiret*, Regensburg 1714

M. Douglas: *Purity and Danger*. London and New York 1984 (zuerst 1966)

M. Flaccus: *Ein Erinnerung: was die Oberkeit zur Pestilentzzeit bestellen ... soll*, Wittenberg 1566

A. Hossmann: *Caussae naturales ... Natürliche Ursachen, davon sich die Pest erreget und wiederum abgewendet wird*, Budissin 1614

M. Koelbing u. a.: *Beiträge zur Geschichte der Lepra*, Zürich 1972

Th. Puschmann: *Die Geschichte der Lehre von der Ansteckung*, Wien 1895

K. Schwarz: »Ein ärztlicher Bericht über die Pest in Bremen 1713«, in: *Bremisches Jahrbuch 1984*

J. Sigismunt: *Ein kurzer Unterricht und Regiment, wie man sich zur Zeit der Pestilentz bewahren und halten soll, auf daß man nicht leichtlich infiziert und vergiftet werde*, Wittenberg 1540

P. de Sorbaith: *Consilium medicum. Oder freundliches Gespräch über den betrübten und armseligen Zustand der kaiserlichen Residenz- und Hauptstadt Wien in Österreich. Bei dieser gefährlichen und vorhero nie erhörten Contagion*, Wien, Salzburg 1679

G. Sticker: *Abhandlungen aus der Seuchengeschichte und Seuchenlehre. Die Pest*, 2 Bde., Gießen 1908/1910

M. Stöckel: *Anmerkungen. Welche bey der Pest, die anno 1709 in Danzig grassieret, beobachtet und dem gemeinen Besten zugut mitteilen wollen*, Danzig 1710

O. Tempkin: »An historical analysis of the concept of infection«, in: ders.: *The double face of Janus*, The Johns Hopkins Univ. Press 1977 (zuerst 1953)

V. Trutiger: *Regiment wider die Pestilentz in dieser gefährlichen Zeit*, Wittenberg 1563

F. P. Wilson: *The plague in Shakespeare's London*, Oxford 1927

Daniel Defoe
Ein Bericht vom Pest-Jahr

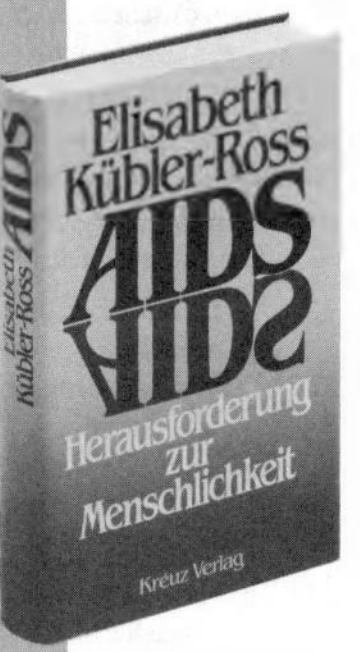
Die Angst vor einer neuen, nicht zu beherrschenden Seuchengefahr läßt den historischen Bericht Daniel Defoes über die Londoner Pest (1665) wieder aktuell werden. Seine mögliche Bedeutung für die Auseinandersetzung mit aktuellen Infektionsängsten und damit verbundenen sozialen Problemen kann sich aber nur aus der Kenntnis der Entstehungszusammenhänge und dem Einblick in die Geschichte der epidemischen Krankheiten ergeben.
In dem Begleitband Eine Zeit großer Traurigkeit – herausgegeben von Christiane Keim – werden unter der Fragestellung nach dem Einfluß von Seuchen auf das menschliche Zusammenleben Aspekte zur Geschichte der heute als ausgerottet geltenden Pestseuche behandelt und Erläuterungen zum Verständnis des Defoeschen Textes gegeben.

2 Bände im Schuber, insgesamt 380 Seiten, 50 Abbildungen, 48,- DM, ISBN 3-922561-67-5

JONAS VERLAG
Rosenstraße 12/13 · D-3550 Marburg

Brücken zum Menschen – Bücher vom Kreuz Verlag

Eine mutige Antwort der weltweit bekannten Sterbeforscherin



320 Seiten, gebunden
DM 38,–
ISBN 3-7831-0918-3

Elisabeth Kübler-Ross spricht in diesem Band ungewöhnliche Gedanken zur Krankheit unseres Jahrhunderts aus, bietet denjenigen Menschen dringend benötigte Hilfe an, die mit AIDS in irgendeiner Form in Berührung gekommen oder mit der eigenen Angst davor konfrontiert sind. Dieses Buch wird in seiner therapeutischen Kompetenz und tiefen Menschlichkeit ohne Konkurrenz bleiben.

Kreuz Verlag
Postfach 80 06 69
D-7000 Stuttgart 80

JUNIUS

Die Sammlung:

PAUL LAFARGUE
Die französische Sprache vor und nach der Revolution
Die Anfänge der Romantik
»Entstehung der modernen französischen Sprache«
192 S., gebunden, DM 19,80

VOLKER GRASSMUCK
Vom Animismus zur Animation
»Von der Veränderung des Menschen im Zeitalter der Künstlichen Intelligenz«
228 S., gebunden, DM 24,80

GRACCHUS BABEUF
Die Verschwörung für die Gleichheit
»Rede über die Legitimität des Widerstands«
180 S., gebunden, DM 16,80

ALFRED PAFFENHOLZ (Hrsg.)
Spurensicherung Bd. 1
»Prinzip Montage: Kunsttheoretische Nachforschungen über Max Raphael, Sergej Eisenstein, Viktor Schklowskij, Raoul Hausmann«
204 S., gebunden, DM 19,80

MYNONA
(Salomo Friedlaender)
Das Eisenbahnglück oder der Anti-Freud
»Dreißigmal Psychoanalyse grotesk«
192 S., gebunden, DM 19,80

RICARDO E. LATCHAM
Die Kriegskunst der Araucanos
»Chiles Ureinwohner im Kampf gegen die Spanier«
180 S., gebunden, DM 19,80

Sammlung Junius
Junius Verlag, Stresemannstraße 375
2000 Hamburg 50

NEUERSCHEINUNG

Udo Renzenbring

Umweltkrise – Immunschwäche

Wie ernähren wir uns?

1988, 112 Seiten, kartoniert,
Fr. 18,– / DM 21,–
ISBN 3-7235-0475-2
(Rudolf Geering Verlag)

Aus dem Inhalt:
Ökologie als Zeitforderung / Das Gift in der Nahrung: Was heißt Gift?, Umweltgifte, Mikrowellen / Radioaktivität und Immunsystem / Das Immunsystem: Aufgaben der Immunität, Die Schwäche des Immunssystems, AIDS, Ernährung und Immunschwäche, Die Rolle von Leber, Milz und Nieren, Polarität von Krebs und Allergie, Krebserzeugende Stoffe in der Nahrung / Die Gefährdung in Kindheit und Alter / Soziale Aspekte.

VERLAG AM GOETHEANUM
CH-4143 Dornach

Richard J. Evans
Angst in den Zeiten der Cholera

I

Hamburg im Jahre 1892. Ein heißer Augusttag. Übers Wochenende hat sich die Nachricht wie ein Lauffeuer in der Stadt verbreitet: die Cholera ist ausgebrochen. Schon mehr als hundert Menschen sind in der Hansestadt erkrankt. Einige sind in aller Öffentlichkeit – auf der Straße, in der Trambahn, bei der Arbeit – zusammengebrochen. Die ersten Opfer zeigen alle scheußlichen Symptome dieser tödlichen Krankheit: heftiges Erbrechen und Durchfall, starke schmerzhafte Muskelkrämpfe, eine bläulich anlaufende »wellige« Haut, beginnendes Koma. Auch der Tod hat bereits zugeschlagen und über die Hälfe der Erkrankten von ihren Qualen befreit, manchmal binnen weniger Stunden. Noch weigert sich die Obrigkeit, das Auftreten der Krankheit zu bestätigen, weil sie vor den unvermeidlich fällig werdenden Quarantänemaßnahmen zurückscheut.

Montag, 22. August. Die aufgeschreckte Bevölkerung nimmt die Dinge selbst in die Hand. Auf den Bahnhöfen drängen sich die Menschen, die sich in gesündere Gefilde absetzen wollen. An diesem Montag werden mindestens 8000 Fahrkarten mehr als üblich verkauft. Am 23. August flüchten noch einmal 4000 Menschen aus der Stadt. Erst am darauffolgenden Tage wird endlich auch der Senat aktiv. Merkwürdigerweise trägt das zur Beruhigung der Lage bei, die Flüchtlingsflut ebbt ein wenig ab. Aber sie hält noch bis zum Monatsende an, dann erst macht die über die Stadt verhängte Quarantäne eine Abreise unmöglich. »Die halbe Menschheit reist fort«, notiert die Tochter des Hamburger Bürgermeisters Mönckeberg am 30. August. Und am 25. September schätzt ein anderer Einwohner der Hansestadt die Zahl der Entflohenen auf 40 000, das wären über 6 Prozent der Gesamtbevölkerung.

Die Menschen, die in der schwergeprüften Stadt zurückbleiben – Ende August erkranken täglich bereits über tausend Menschen an Cholera –, bringen ihre Ansteckungsangst auf weniger dramatische Weise zum Ausdruck. An der Börse läßt sich nur halb so viel Publikum blicken wie sonst; öffentliche Versammlungen aller Art, von Demonstrationen bis zu Tanzveranstaltungen, werden abgesagt oder verboten. Hotels, Restaurants und

Cafés bleiben leer. Die Bourgeoisie geht nicht aus dem Hause. »Man sondert sich gänzlich ab, lebt wie ein Gefangener.« Die Hausangestellte Doris Viersbeck berichtet in ihren Erinnerungen: »Geschäftsleute wurden am Fenster abgefertigt, damit man nicht in nähere Berührung mit ihnen kam.« Die Krankheit hat Hamburg jetzt fest im Griff, und die Stadt wird durch immer schärfer werdende Quarantänemaßnahmen vom übrigen Deutschland abgeschnitten. Ein- und Ausreisende müssen sich medizinischen Untersuchungen und Desinfektionsmaßnahmen unterziehen. Wenn Bürger der Hansestadt in andere deutsche Orte reisen, begegnet man ihnen mit offener Feindschaft und Mißtrauen. Aber bald fahren nicht einmal mehr die Züge. Auch die Binnen- und Seeschiffahrt kommt zum Erliegen. Hamburg ist nahezu vollständig isoliert.

Über die allgemeine Ansteckungsfurcht hinaus machen sich allmählich einige speziellere Ängste bemerkbar. Man fliegt auf alle möglichen Vorbeugungs- und Heilmittel, in den Apotheken drängen sich die verängstigten Kunden. Die Arbeiter, die ihre Gefühle unmittelbarer auszudrücken pflegen, reagieren auf ihre Weise, indem sie die Ängste in ihren Köpfen zu benebeln versuchen. Angesichts der herrschenden gesellschaftlichen Ungleichheit ist ihnen bewußt, daß sie es sich nicht leisten können, der Stadt für ein paar Wochen zu entfliehen oder ihre Arbeit einfach hinzuwerfen. Und ihre finanziellen Mittel reichen nicht aus, sich Bedienstete zu halten, die für die Einhaltung der nötigen hygienischen Standards sorgen. Sie leben in gesundheitsgefährdenden Wohnverhältnissen mit gemeinschaftlich benutzten Toiletten und Aborten, mit äußerst begrenzten Möglichkeiten zum Abkochen des Wassers (was die Cholera-Bazillen abtötet), in überfüllten Behausungen. Die langen Arbeitszeiten machen es den Eltern unmöglich, ihre zahlreichen Kinder so zu beaufsichtigen, daß sie sich nicht anstecken bzw. die Krankheit weiter verbreiten können. Viele dieser Eltern kommen zwangsläufig in Kontakt mit Kranken und Sterbenden, weil sie sich ein dringend nötiges Zusatzeinkommen als Krankenwärter, Leichenträger, Totengräber, Leichenwagenfahrer, Desinfektionshelfer usw. verdienen müssen. Sie flüchten sich in den Alkohl.

Die Kneipen im Hafenviertel sind immer noch Treffpunkt für ein paar Hafenarbeiter, die in diesen spätsommerlich heißen Tagen ihren Durst löschen wollen. Einziges Gesprächsthema ist, wie man der Krankheit entrinnen kann:

»›Noch en Lütt un Lütt.‹
›Mir halb und halb.‹
›Mir en Stieben.‹
›Minsch, büst verrückt? Bei die Hitze!‹

›Man soll sich ja warm halten, und doppelt genäht reißt nicht. Das ist so gut wie 'ne Cholerabinde.‹
Nun weiß jeder ein Mittel. Choleratropfen, Cholerapillen, Choleratücher.«

Die Arbeiter trinken, um ihre Angst zu betäuben. »Kognak ist das sicherste«, meint einer der Stammgäste. »Hörst du nicht?« Von draußen vernimmt man die Klänge des bekannten Liedes »Opadi, opada, Schnaps ist gut für die Cholera«. Die Behörden sind sogar für die kostenlose Verteilung von Alkohol an diejenigen, die als Sanitäter und Krankenwärter arbeiten. Polizisten, die in den ersten Tagen der Epidemie mit dem Abtransport der Kranken betraut sind, kaufen sich flaschenweise Schnaps, »um den Ekel hinunterzuspülen, der einen überkommt, wenn man Tag und Nacht zwischen Todten und Kranken herumwühlt«.
Zur gleichen Zeit sind Gerüchte im Umlauf, wonach Gesunde oder auch Leute, die nur eine Erkältung oder andere kleinere Beschwerden haben, von der Straße aufgegriffen oder aus ihrer Wohnung abgeholt und gewaltsam in die Cholera-Stationen verbracht werden, wo sie inmitten Hunderter von Choleraopfern liegen – mit allen damit verbundenen Risiken, sich entweder anzustecken oder gefährlichen und unangenehmen Behandlungen unterworfen zu werden. Als Mitglied einer Sanitätskolonne stößt Jakob Loewenberg auf eine Familie, in der die Mutter an Cholera erkrankt ist und die achtjährige Tochter zu Hause drei Tage lang ihren fünfjährigen Bruder beaufsichtigt hat. Loewenberg weiß, daß die Wohnung dieser Familie – sie liegt im Rosenhof, »einem engen, halbdunklen Wohnhof, zu dem unter dem Vorderhaus her ein schmaler, finstrer Torweg führt« – desinfiziert werden muß. Also beschließt er, die Kinder in eine Droschke zu setzen und zu einer Kindersammelstelle zu schicken. Der kleine Junge will nicht mit:

»Der Junge brüllt wild auf, hält sich noch an der Haustür fest, stößt mit den Füßen nach mir und will nicht weiter. Da drängen sich die Frauen heran. Der Schreck ist gewichen, das Mitgefühl hat ihre Zunge gelößt.
›Loten Se dat Kind!‹
›He sall hierbliewen.‹
›Wi wüllt em schon satt kriegen!‹
›Wenn Se'n in de Fingers hewt, is allens vörbi!‹
›Lotlaten! Schinnerknecht!‹
Und die Fäuste heben sich drohend. Mit knapper Not kann ich die Frauen beruhigen und die Kinder endlich zur Droschke bringen.«

Der Journalist Karl Wagner arbeitet während der Epidemie als Sanitäter und berichtet über seine Erfahrungen: »Einige der Kranken sträubten sich mitzufahren und mußten mit Hilfe eines Konstablers fortgebracht werden.« Bemerkenswert findet er dabei, »daß von dem Wagen bis zu dem Hause, aus dem Kranke abgeholt werden, sich ungeachtet der Ansteckungsgefahr

dichte Menschenreihen bildeten, welche sogar die Wagentüren aufrissen und Kranke und Leichen begafften«.

In anderen Gegenden werden die Ängste mit Hilfe der Religion besänftigt. Hilfsprediger Werner schildert seinen Einsatz im südlichen Arbeitervorort Hamm, wo auch er in Mietskasernen am Borstelmannsweg verängstigte Frauen antrifft:

»Vor einem Hofe standen jammernde Frauen. Sie erzählten mir, daß in der Nacht acht Kranke und Sterbende aus dem Hause abgeholt wurden, und daß sie jetzt Angst hätten, daß die Krankheit auch in ihre Familien käme. Was sollte ich tun? Ich forderte die Frauen auf, mit mir auf den Flur des Hauses zu treten. Aus den oberen Stockwerken kamen andere Frauen, denen man die Angst ansehen konnte, heraus, so daß die Treppen alle gefüllt waren. Dann nahm ich mein neues Testament aus der Tasche und las mit lauter Stimme, daß es weithin durch den Hof hinschallte, den 91. Psalm: ›Wer unter dem Schirm des Höchsten sitzet, und unter dem Schatten des Allmächtigen bleibet, der spricht zu dem Herrn: Meine Zuversicht und meine Burg, mein Gott auf den ich hoffe! Es wird dir kein Übel begegnen und keine Plage deiner Hütte sich nahen, denn der hat seinen Engeln geboten über dir, daß sie dich behüten auf allen deinen Wegen.‹ Merkwürdig, wie bald alle still wurden, wie sie mit großen Augen auf die wundervoll aufrichtenden Worte lauschten! Ich forderte die Frauen dann auf, mit mir laut das Vaterunser zu sprechen. Dann sprach ich über uns den Segen: Der Herr segne und behüte dich usw. Endlich bat ich die Frauen nicht mehr aus den Fenstern zu schauen, sondern ihre häuslichen Arbeiten zu verrichten. Ähnlich ging es in anderen Höfen und Häusern.«

Überall in der Stadt veranstalten die Kirchengemeinden tagsüber wie am Abend spontane Fürbittgottesdienste, auf daß die Stadt von der Epidemie verschont bleibe. Trotz der notorischen religiösen Gleichgültigkeit der Hamburger Bevölkerung sind die Kirchen wochenlang ständig brechend voll.

»In den besseren Ständen«, vermerkt ein Berichterstatter, »herrscht ... häufig eine übertriebene Furcht, so daß viele Familien die ganze Lebensweise ändern.« Nicht nur zieht man sich vor den Mitmenschen völlig ins eigene häusliche Leben zurück, man etabliert auch zu Hause ein Regime makelloser Ordnung und Sauberkeit: Das Personal wird mit Schrubben, Saubermachen und Desinfizieren beschäftigt, das Wasser wird abgekocht, die Nahrungsmittel werden regelmäßig aufgebacken; die Kinder bleiben unter ständiger Aufsicht im Hause. In vielen gutbürgerlichen Familien wird aus Angst vor der Cholera die Einhaltung der bürgerlichen Tugenden zur Perfektion getrieben, zumindest solange der Ausnahmezustand andauert. Die Angst wirkt trennend und vereinigend zugleich. In der Klassengesellschaft des Wilhelminischen Kaiserreiches macht sie sich auf klassengebundene wie auf klassenübergreifende Weise geltend: bei der Bourgeoisie – die es sich leisten kann – als Flucht, Selbstisolierung, Schaffung einer häuslichen Lebensweise auf perfektioniertem hygienischen Niveau; bei den Arbeitern – die weiterhin ihr tägliches Brot verdienen müssen – als Flucht in den Alkohol, Vertei-

digung der eigenen vier Wände und des eigenen Viertels gegen die Übergriffe der Obrigkeit, schließlich sogar als ein gewisser Fatalismus gegenüber möglichen Ansteckungsgefahren.

II

Die Ängste, die sich im Laufe der Epidemie von 1892 in Hamburg ausbreiteten, waren durchaus nichts Neues. Schon bei früheren Epidemien waren sie in vielerlei Gestalt in Erscheinung getreten. Während der Choleraepidemie von 1832 reisten aus Paris täglich 500 Menschen ab, in Marseille waren die Straßen leergefegt, die Cafés blieben geschlossen, die Leute gingen nicht mehr aus dem Hause. Ein Jahr vorher berichtete ein Beobachter anläßlich des Cholera-Ausbruchs in Hamburg: »... nicht bloß Fremde, sondern auch viele hiesige wohlhabende Einwohner eilten aus der Stadt«. Hamburg wurde hermetisch abgeriegelt und unter Quarantäne gestellt. »Das Bürgermilitär erhält jetzt ... am Morgen Weißbrot zu seinem heißen Bier, und statt des gewöhnlichen Kümmels eine Art Cholera-Schnaps«, hieß es in einem Bericht über die Epidemie von 1831. Wie 1892 wurden auch damals vor allem die Armen in die Hospitäler eingeliefert, wogegen sich immer wieder Widerstand regte, der sich aus der Überzeugung nährte, daß in den Krankenhäusern »die Menschen hingeopfert werden«. Die in bürgerlichen Kreisen gehegte Hoffnung, man könne sich die Cholera durch Sauberkeit, Ordnung und eine geregelte Lebensweise vom Leibe halten, hatte 1831/32 ihr Gegenstück in der von der Medizinerzunft verbreiteten Behauptung, die Cholera-Opfer seien »ohne Ausnahme große Säufer, deren manche täglich 3-4 Flaschen Branntwein leeren konnten«. Für diese Aussage gab es nicht nur keinerlei Beweise, sondern die gegenteilige Volksmeinung, wonach Alkohol gegen Cholera schützte, war tatsächlich richtig, insofern der Cholera-Bazillus sich in übersäuerter Umgebung nicht lange am Leben halten kann. Dennoch empfahlen die Ärzte weiterhin unverdrossen eine in jeder Hinsicht gemäßigte Lebensführung und vor allem Enthaltsamkeit bei Alkoholika wie Bier und Schnaps, die üblicherweise von Arbeitern konsumiert wurden – während sie gleichzeitig gegenüber ihren bürgerlichen Klienten versicherten, ab und zu ein Glas Rotwein könne durchaus nichts schaden.
All diese Erscheinungsformen von Angst waren kennzeichnend für die Kollektivängste der aufkommenden Klassengesellschaft des frühen 19. Jahrhunderts. Bürgerliche Beobachter sahen die Choleragefahr von den pauperisierten Massen ausgehen, vor allem von den Obdachlosenasylen und ähnlichen Elendsquartieren, die immer wieder als die eigentlichen »Seuchenherde« ins

Gerede kamen. Aus dieser Sicht war die Cholera Endresultat einer moralischen Abwärtsspirale, als deren entscheidendes Drehmoment der Abfall von den gutbürgerlichen Tugenden galt. Nach dieser Auffassung waren »Mäßigkeit, Vertrauen auf Gott, Ruhe und Heiterkeit des Gemüts ... zu allen Zeiten die besten Schutzmittel gegen ansteckende und gefährliche Krankheiten«. In der Angst sah man eine wichtige eigenständige Infektionsursache. Der Glaube, daß Cholera »fast nie ausbricht, ohne daß Diätfehler oder Erkältung dazu Veranlassung geben, und daß sie keineswegs an sich ansteckend ist, sondern es nur durch Furcht und Entsetzen wird, gewährt große Beruhigung«. Selbstberuhigung tat nicht zuletzt auch deshalb not, weil Choleraepidemien und die strikten Quarantäne-, Desinfektions- und Isolationsmaßnahmen, mit denen die Behörden reagierten, in der Regel zu Volksunruhen führten. Durch Cholera ausgelöste Unruhen und Ausschreitungen waren 1831/32 in Europa tatsächlich so weit verbreitet, daß für die Behörden bei der darauffolgenden Epidemie von 1848 die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung zum vordringlichsten Problem wurde. Bei aller Kontinuität darf freilich nicht übersehen werden, daß die Seuchenfurcht sich zwischen 1831 und 1891 erheblich verändert hat, insofern auch die Gesellschaft in dieser Zeit Veränderungen durchmachte. Da es vor 1880 noch keine eindeutige Theorie über die Weitergabe des Cholera-Erregers gab, lag auch kein eindeutiger Grund vor, warum die Leute ihre Lebensweise hätten ändern und anfangen sollen, ihr Wasser abzukochen, ihr Essen aufzubacken und ihre Wohnungen zu desinfizieren. In den sechziger und siebziger Jahren des 19. Jahrhunderts lautete die herrschende Lehre, wie sie von dem bayerischen Hygieniker Max von Pettenkofer vertreten wurde, daß die Cholera durch ein »Miasma«, eine Art Ausdünstung des Bodens, verursacht würde und daß sie, war sie einmal ausgebrochen, durch nichts mehr aufgehalten werden könne. Anfang der dreißiger Jahre gaben denn auch die meisten Mediziner ihren Patienten den ausdrücklichen Rat, ihre innere Konstitution nicht aus dem Gleichgewicht zu bringen und deshalb keinerlei Änderungen in ihrem Lebenswandel vorzunehmen, es sei denn, sie hatten sich in dieser Hinsicht schon vorher allzu sehr gehen lassen. Die Ängste der Bourgeoisie, die sich 1831/32 noch auf »die Armen« im allgemeinen gerichtet hatten, nahmen in den frühen neunziger Jahren ein präziseres Ziel ins Visier: die Arbeiterfrauen, deren angebliche Unfähigkeit zu ordentlicher und reinlicher Haushaltsführung von vielen mittelständischen Kommentatoren für die Ausbreitung der Cholera verantwortlich gemacht wurde. Demgegenüber waren in den frühen dreißiger Jahren die Ideologie der Häuslichkeit sowie die Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau innerhalb der lohnabhängigen Arbeiterklasse erst in ganz rudimentären Formen

entwickelt gewesen. Und weder Handwerker noch pauperisierte Massen waren im Vormärz, also vor 1848, imstande gewesen, ihre Ängste mittels förmlich organisierter politischer Institutionen auszudrücken, wie auch von einer wirklichen Arbeiterbewegung noch keineswegs die Rede sein konnte. In den dreißiger Jahren lösten also dieselben Ereignisse, auf die 60 Jahre danach die Sozialdemokratie mit Kundgebungen und Demonstrationen reagierte, noch Straßenkrawalle und Massenunruhen aus. Andererseits spielte in dieser Zeit die Religion – in ihrer autoritätslegitimierenden Funktion und auch als Ausdruck verbreiteter Ängste (die sich z. B. auf die Verletzung religiöser Bestattungsbräuche bei den von der Obrigkeit angeordneten eiligen Massenbegräbnissen beziehen konnten) – eine weitaus bedeutendere Rolle als am Ende des Jahrhunderts. Aus den Erinnerungen des oben zitierten Pastors Werner ist deutlich geworden, daß Religiosität in der weltlich geprägten städtischen Umwelt des ausgehenden 19. Jahrhunderts zu einer überwiegend weiblichen Glaubenshaltung geworden war, während sich die männliche Hälfte der Arbeiterklasse, mit dem allein ihr vorbehaltenen Reichstagswahlrecht bewaffnet, dem antireligiösen Bekenntnis der Sozialdemokratie anschloß. Sechzig Jahre vorher hatten die Pastoren die Epidemie noch schlicht und einfach als Strafe des Herrn für die Sünden der Gottlosen hingestellt. 1892 wurden die Gemeinden hingegen in allgemeineren Sentenzen abgekanzelt. In den Predigten tauchte die Cholera nicht mehr als spezifischer Vergeltungsakt gegen bestimmte Leute und für ganz bestimmte Sünden auf, sie sollte vielmehr der ganzen Gemeinde als mahnende Aufforderung dienen, den Weg zurück zu Gott zu finden. Diese Botschaft scheint allerdings, wenn die Epidemie erst einmal vorbei war, nur von wenigen Frommen beherzigt worden zu sein.

Ähnliche Ängste, wie sie während der dreißiger Jahre des vorigen Jahrhunderts unter der städtischen Bevölkerung Europas grassierten, waren im rückständigen Rußland noch sechzig Jahre später anzutreffen, in einer Zeit also, da sie in den Industriegesellschaften West- und Mitteleuropas schon längst im Wandel begriffen waren. Viele dieser Ängste ließen sich historisch weit zurückverfolgen – bis hin zu den Gefühlen, die längst vor der Cholera beim Ausbruch anderer Epidemien aufgetreten waren. Massenflucht, Selbstisolierung, Aufruhr und Protest, Trunksucht, religiöse Inbrunst: all diese Erscheinungen sind bereits als verbreitete Reaktion auf die Pest anzutreffen, also im 17. Jahrhundert und noch früher, im Mittelalter. Diese Ansteckungsfurcht manifestierte sich unter anderem darin, daß die Pestopfer ins Gefängnis gesteckt wurden und die Behörden alles vernichteten, womit sie Kontakt gehabt hatten: ihre Kleider, ihr Bettzeug, ihre persönliche Habe, ja selbst ihre Häuser. Aber auch in diesem Punkt hat die Angst ihren

Charakter mit der Zeit verändert. So hatten sich beispielsweise die Massenunruhen im Zeitalter der Pest vor allem gegen Außenseiter gerichtet und insbesondere Juden, aber auch Ausländer, Aussätzige bzw. alle möglichen anderen Außenseiter- oder Randgruppen zu ihrem Aggressionsobjekt gemacht. Die Seuchenfurcht verschmolz mit der Angst vor »abweichenden Elementen« zu einer explosiven Mischung, die sich in Pogromen, in Lynchjustiz und in gewalttätigen Ausschreitungen entlud.

Im 19. Jahrhundert zielten die allgemeinen Aggressionen hingegen auf den Staat und die Medizinerzunft, was der wachsenden gesellschaftlichen Bedeutung dieser beiden Institutionen entsprach, die vor allem in ihren vielfältigen Aktivitäten bei Epidemien zu Tage trat. Die Armen, denen in der Zeit nach 1830 so vieles in die Schuhe geschoben wurde, waren schwerlich als Randgruppe zu bezeichnen und wurden auch keineswegs beschuldigt, die Krankheit absichtlich zu verbreiten. Wo solche Anschuldigungen erhoben wurden, richteten sie sich vielmehr gegen die Regierungen und gegen die Ärzteschaft. Überall in Europa beschuldigte man Staatsvertreter und Mediziner, sie würden die Armen gezielt umbringen; und viele von ihnen sahen sich gewalttätigen Angriffen der Volksmassen ausgesetzt, wobei etliche von einer aufgebrachten Menge getötet wurden. In Großbritannien herrschte die allgemeine Überzeugung, die Ärzte würden Cholera-Bazillen benutzen, um ihre Anatomieschulen mit Leichen einzudecken – hatten sie doch in der Tat jahrelang sogenannte Leichenräuber (»bodysnatchers«) und (gelegentlich) auch richtige Mörder – wie etwa die berüchtigten Herren Burke und Hare aus Edinburgh – beschäftigt. Auf dem Kontinent riegelte man ganze Gemeinden durch militärisch gesicherte »cordons sanitaires« von ihrer Umgebung ab, was Lebensmittelknappheit und Preissteigerungen zur Folge hatte. In solchen Fällen richtete sich der Volkszorn im selben Maße auch dagegen, daß die Obrigkeit in den betroffenen Städten die Choleratoten so rasch unter die Erde bringen ließ. Choleraunruhen wurden zum symbolischen Ausdruck einer allgemeinen Verbitterung angesichts von Ausbeutung und Ungleichheit, wie sie sich etwa beim ersten Choleraausbruch im Bereich der Donau-Monarchie in den Angriffen auf die Schlösser der Adligen entlud. Spätestens am Ende des 19. Jahrhunderts hatten sich fast überall in Europa (mit Ausnahme Rußlands) die Erscheinungsformen der Angst erneut gewandelt; jetzt wurde die Cholera zum Anlaß genommen, bessere sanitäre Einrichtungen und umfassende gesellschaftliche und politische Reformen zu fordern.

III

Die ständige Angst vor Krankheiten – als einer im vorindustriellen Zeitalter allgegenwärtigen Bedrohung – erreicht ihren Siedepunkt mit den gewaltigen Epidemien, die in regelmäßiger Folge über Europa und seine Bevölkerung hereinbrachen. Epidemien wie die Pest oder die Cholera waren freilich keineswegs ein fester Bestandteil der natürlichen Ordnung. Sie waren vielmehr weitgehend von Menschen verursachte Erscheinungen – sozusagen die unerwünschten Nebenwirkungen menschlichen Handelns und der menschlichen Gesellschaft. Ausgelöst wurden solche Seuchen vor allem durch Kriege. Vor der letzten Jahrhundertwende sind in den auf europäischem Boden ausgetragenen Kriegen jeweils mehr Menschen einer Seuche zum Opfer gefallen als den Aktionen des Feindes. Und wenn wir noch die verheerende Spanische Grippe, die im Jahre 1919 den ganzen Globus erfaßte, als Spätfolge des Ersten Weltkrieges einkalkulieren, dürfte diese Aussage sogar für die gesamte Epoche bis zum Beginn des Zweiten Weltkrieges gelten. In jedem dieser Kriege wurden riesige Menschenmassen unter unhygienischen, Krankheiten ausbrütenden Bedingungen zusammengebracht und anschließend über weite Gebiete Europas in Marsch gesetzt, auf daß auch die anderen etwas von den Krankheiten abbekämen. Als zweitwichtigstes Vehikel für die Übertragung von Seuchen erwies sich der Handel. Die Syphilis-Epidemie, die Europa gegen Ende des 15. und zu Beginn des 16. Jahrhunderts heimsuchte, war höchstwahrscheinlich nach der Entdekkung der Neuen Welt durch Kolumbus aus Amerika eingeschleppt worden. Zu berüchtigten Epizentren von Krankheiten wurden immer wieder die Messen und Märkte. Die Cholera wurde durch beide Vehikel – den Krieg wie den Handel – verbreitet: 1854 durch den Krimkrieg, 1892 durch die Handelskontakte über den Kaukasus hinweg, durch die Errichtung der britischen Herrschaft in Indien, und wiederholt auch über den bedeutenden Markt im russischen Nischni-Nowgorod (das heutige Gorki, östlich von Moskau).

Weil Seuchen weitgehend ein Produkt der menschlichen Gesellschaft darstellen, sind die Ängste, die sie bei den Menschen auslösen, natürlich durch die Strukturen der betroffenen Gesellschaften vermittelt. Diese Ängste weisen ebenfalls bestimmte Strukturen auf, die sich mit der Zeit in dem Maße verändern, wie sich auch die Gesellschaft verändert. Der französische Historiker Jean Delumeau schreibt in seiner großen Studie über *Die Angst im Abendland:*

»Es gab früher also keine Epidemie, bei der man nicht an eine fünfte Kolonne oder an eine Verschwörung innerhalb der Stadtmauern geglaubt hätte. Ich habe eben ›früher‹ gesagt, aber

R. Baehrel erinnert daran, daß 1884 im Département Var während einer Choleraepidemie nur von ›Choleraträgern‹, von ›einer von den Reichen zur Beseitigung der Armen erfundenen Krankheit‹ und von ›Spezialraketen, die von geheimnisvollen schwarzgekleideten Personen abgeschossen wurden‹, die Rede war. In der Geschichte der Mentalitäten, des kollektiven Bewußtseins, müssen wir uns demnach von den Chronologien und Epochemodellen lösen, die wir aus der Geschichte von Politik und Wirtschaft kennen.«

Aber diese Aussage gilt nur in einem sehr begrenzten Sinne und nur für die elementarsten und grundlegendsten Aspekte der Mentalität des Menschen. Wie wir am Beispiel der veränderten Reaktionen auf die Pest und die Cholera gesehen haben, sind die Strukturen der Angst durch die jeweilige politische und ökonomische Epoche tiefgreifend geprägt. Angst haben die Menschen während ihrer ganzen Geschichte empfunden, aber diese Angst war immer wieder auf ein jeweils anderes Objekt gerichtet, und auch die Intensität, mit der sie wahrgenommen, sowie die Art und Weise, in der sie ausgedrückt wurde, haben sich entsprechend verändert.

Wie das Beispiel der Cholera gezeigt hat, konnte die Welt sowohl im industriellen als auch im vorindustriellen Zeitalter von neu auftretenden Epidemien erfaßt werden. Deren Ausbreitung wurde durch neue Verkehrssysteme wie die Eisenbahn oder die Dampfschiffahrt begünstigt, ihre Wirkung vor allem durch die beengten und unhygienischen Wohnverhältnisse verstärkt, die in den städtischen Regionen des frühen Industriezeitalters herrschten. Eine Verbesserung der hygienischen Verhältnisse, der Wasserversorgung und der Abwasserbeseitigung, aber auch bessere Wohnbedingungen und Fortschritte in der medizinischen Versorgung und auf anderen Gebieten trugen zwar dazu bei, ansteckende Krankheiten wie Pocken, Cholera, Typhus, Flecktyphus, Tuberkulose und andere Erkrankungen der Atemwege (diese Krankheiten waren vor 1900 im wesentlichen für die hohe Erwachsenensterblichkeit verantwortlich) einzudämmen und so gut wie vollständig zu eliminieren.

Aber wie in der Vergangenheit die Cholera – und davor die Syphilis – treten auch heute, parallel zur fortlaufenden Veränderung und Entwicklung der gesellschaftlichen Verhältnisse, immer neue Krankheiten auf. Es wäre gewiß zu oberflächlich, *nur* die Parallelen zwischen der heutigen Reaktion auf neue Epidemien wie Aids und den Reaktionen auf frühere Epidemien wie z. B. Cholera oder Pest zu registrieren. Denn ebenso wichtig sind die Unterschiede. Aids ist eine tödliche Krankheit, wer von ihr angesteckt wird, muß mit hoher Wahrscheinlichkeit sterben. Sie breitet sich mit großer Geschwindigkeit aus; in nicht einmal zehn Jahren hat sie, nachdem sie wie aus dem Nichts aufgetaucht war, bereits Millionen Menschen erfaßt. Eine Heilungsmethode ist nicht in Sicht; Entstehung und Ausbreitungsformen von

Aids sind nach wie vor Gegenstand erheblicher fachwissenschaftlicher Kontroversen. All das erinnert einen zwangsläufig an das plötzliche Auftreten der Cholera im 19. Jahrhundert. Aber Aids und die Reaktionen, die es ausgelöst hat, verweisen auch nachdrücklich auf die enormen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Veränderungen, die sich weltweit, vor allem aber in Europa und den USA, innerhalb der letzten hundert Jahre vollzogen haben, seit der Zeit also, da die Cholera ihre bedrohliche Qualität für diese Gesellschaft verloren hat.

Aids ist, wie die Cholera, zum Teil ein Produkt verbesserter Verkehrsverbindungen; nicht zufällig war die Person, die allem Anschein nach für die anfängliche Ausbreitung von Aids in den USA verantwortlich war, Bordsteward bei einer Fluggesellschaft. Das Tempo, mit dem die neue Krankheit die ganze Erde erfaßt hat, übertrifft sogar das Ausbreitungstempo der Cholera im Zeitalter der Dampfschiffahrt. Aber Aids hat sich außerdem in einer Gesellschaft eingenistet, in der die sozialen Gegenstände deutlich komplexer strukturiert sind als in der Art von Klassengesellschaft, wie sie in der industriellen Welt des 19. Jahrhunderts vorherrschte. In den postindustriellen Gesellschaften überschneiden sich individuelle Merkmale wie ethnische Zugehörigkeit, Geschlecht und sexuelle Orientierung mit den alten kollektiven Abgrenzungskriterien von Klassenzugehörigkeit und Konfession. Die Gefahren, die der menschlichen Gesellschaft heutzutage drohen, haben überdies eine allumfassende Qualität angenommen, wobei sie zugleich auch ungreifbarer sind als die Gefahren, die für die Zeit bis zum 19. Jahrhundert charakteristisch waren. Damals vermochte die Zivilbevölkerung beispielsweise das Nahen eines Krieges zu sehen und zu hören: Sie konnte vor der heranrückenden Schlacht fliehen, und wenn sie doch in den Bereich der Feindseligkeiten geriet, konnte sie die Gefahr einschätzen und vielleicht noch etwas unternehmen, um ihr eigenes Risiko zu begrenzen. Auch die gesundheitsbedrohenden Umweltgefahren waren noch mit den menschlichen Sinnen wahrzunehmen – man denke an stinkende Straßen, verschmutzte Flüsse, verunreinigtes Trinkwasser oder schlechte und raucherfüllte Luft. Der Cholerabazillus war zwar fürs nackte Auge nicht zu erkennen, aber seit seine Übertragungsweise allgemein bekannt war, ließen sich die unhygienischen Bedingungen, die seine Verbreitung förderten, problemlos identifizieren. Ebenso war der Ausbruch einer Epidemie sofort von jedermann zu erkennen. Die Menschen konnten also der Cholera entfliehen, bevor sie von den Behörden offiziell über das Ausbrechen der Epidemie unterrichtet wurden. Wie in Hamburg 1892 – aber auch in vielen anderen Fällen –, wo man oftmals die Opfer nur wenige Stunden, nachdem sie von der Krankheit gepackt worden waren, auf der Straße zusammenbre-

chen und dahinscheiden sah. Man war also direkt und unmittelbar mit seiner Angst konfrontiert und konnte entsprechend schnell und entschlossen reagieren.

In der postindustriellen Ära des späten 20. Jahrhunderts hat die Angst vor der Krankheit ein völlig anderes Profil. Kriege haben heuzutage eine unendlich viel größere Zerstörungskraft, und den Menschen bietet sich kaum mehr die Chance, sich auf den Ernstfall vorzubereiten bzw. ihm zu entgehen, wenn er eintritt. Die der Umwelt drohenden Gefahren können von den menschlichen Augen, Nasen, Ohren und Zungen nicht mehr wahrgenommen werden: sie sind unsichtbar, geruchsfrei, lautlos, ohne Geschmack. Den Abschuß einer Atomrakete oder ein zweites Tschernobyl würden die meisten betroffenen Menschen, da weitab vom Schuß lebend, gar nicht unmittelbar mitbekommen. Und Aids ist eine Krankheit, bei der zwischen Ansteckung und Auftreten der ersten Symptome durchschnittlich fünfeinhalb – in einigen Fällen auch sehr viel mehr – Jahre vergehen, wobei diese Symptome sich oft nur langsam entwickeln und sich in der Zwischenzeit immer wieder zurückbilden. Das bedeutet, daß ihre Existenz oft erfolgreich verheimlicht werden kann, bevor am Ende der charakteristische Auszehrungsprozeß einsetzt. Infolgedessen sind die Ängste, die Aids bei der Bevölkerung auslöst, allgegenwärtig und diffus zugleich: Es kommt zu panischen Reaktionen, weil die allgemeine Vorstellung herrscht, man könne sich bei jeder Art von körperlichem Kontakt mit Aids infizieren. Also tragen Polizisten Gesichtsmasken und ziehen sich transparente Plastikhandschuhe über, wenn sie in ein Gefängnis einrücken, um eine Gefangenenrevolte zu ersticken. Oder Fernsehkameraleute weigern sich, die Räume einer Aids-Unterstützungsgruppe zu betreten, weil sie sich anzustecken fürchten. Personen, die als HIV-positiv bekannt sind, werden von ihren Arbeitskollegen geschnitten, aus ihren Wohnungen vertrieben, von ihren Familien abgelehnt. In unserer heutigen Welt mit ihren weitreichenden, eng vernetzten und schnellen Verkehrsverbindungen kann man der Ansteckungsgefahr nicht mehr dadurch entkommen, daß man sich beim ersten Aids-Fall aus der Stadt absetzt. Infektionsverhütung ist zu einer Aufgabe geworden, die in der eigenen unmittelbaren Alltagsumgebung eingeübt und durchgehalten werden muß.

IV

Von Aids sind, wie früher von der Cholera, bestimmte gesellschaftliche Gruppen härter betroffen als andere. Diese ungleichmäßige Ausbreitung

reflektiert die Strukturen der Ungleichheit, die für die gesellschaftlichen Verhältnisse am Ausgang unseres Jahrhunderts kennzeichnend sind, so wie auch die Ausbreitung der Cholera die sozialen Gegensätze abbildete, die im vorigen Jahrhundert durch das aufkommende Industriezeitalter produziert wurden. Am stärksten von Aids betroffen sind offenbar die in Armut versinkenden Länder Zentral- und Ostafrikas, wo keine Mittel für Erziehungs- und Aufklärungsmaßnahmen vorhanden sind und wo sich das Virus im Gefolge sozialer Unruhen und bewaffneter Auseinandersetzungen über die Prostitution und andere Ebenen intensivierter sexueller Kontakte ausgebreitet hat. Was die westlichen Gesellschaften betrifft, so sind nicht alle Risikogruppen in der Lage, ihre Lebensweise unter dem Eindruck erhöhter Aids-Gefahr einfach umzustellen. Während Prostituierte im gehobenen Milieu noch imstande sein mögen, ihre Klientel allmählich auf einen kleinen Kreis von Dauerkunden einzugrenzen, ist diese Möglichkeit den verzweifelten und schlechtbezahlten Frauen auf den untersten Stufen des Gewerbes verwehrt. Die reicheren Drogenkonsumenten können beim Kokain-Schnupfen bleiben oder sich auf andere Stimulationsmethoden verlegen. Die meisten Drogenabhängigen, deren Aids-Risiko von den gemeinsam benutzten Spritzen herrührt, sind allerdings arm. Ihnen stehen also diese Ausweichmöglichkeiten nicht so leicht zur Verfügung.

Daß Aids bei diesen Gruppen besonders weit verbreitet ist, hat dazu geführt, daß sich in den aktuellen Reaktionen auf diese jüngste Epidemie die Ambivalenz der gesellschaftlichen Reaktion reproduziert, die sich im 19. Jahrhundert anläßlich der Cholera enthüllt hat. Einerseits sah man in Aids weithin nur das Resultat jenes homosexuellen »Drauflosleben« mit häufigen und wechselnden Sexualkontakten, wie es sich während der siebziger Jahre in der Sauna-Szene von New York und San Francisco entwickelt hat. Dieses Weltbild vermittelte der heterosexuellen Mehrheitsgesellschaft ein Gefühl der Sicherheit und fügte sich gleichzeitig reibungslos in den vorgestanzten moralischen Diskurs, der innerhalb der religiösen und politischen Rechten gepflegt wurde. Danach war Aids eben »die Schwulenseuche«: ein Akt göttlicher Vergeltung, eine extreme Form der Bestrafung für Leute, die gegen den sexuellen »Moralkodex« der Mehrheit verstoßen, die bürgerliche Tugend der Selbstbeherrschung ablehnen und die bürgerliche Institution der Familie mißachten. Damit hat man eine Gruppe, die sich außerhalb der üblichen Normen stellte, auf dieselbe Weise stigmatisiert, wie man im 19. Jahrhundert die Armen und Obdachlosen für die Cholera oder im Mittelalter die Juden und andere Außenseitergruppen für die Pest verantwortlich gemacht hatte. Nach demselben Muster boten sich die Drogenabhängigen als eine Gruppe an, die von den konservativen Moralisten unbe-

sehen für ihr eigenes Elend verantwortlich gemacht werden konnten – so wie man früher die Cholera auf exzessiven Alkoholkonsum zurückgeführt hatte. Eine weitere Außenseitergruppe, die einen Großteil der Schuldzuweisungen abbekommt, sind die Prostituierten. Solange Aids nur solche gefürchteten und verachteten Randgruppen zu betreffen schien, hielt sich die Aufmerksamkeit der Massenmedien und der Behörden in engen Grenzen. Auch als die Krankheit bedrohlichere Dimensionen annahm, wurde zunächst noch kein öffentlicher Alarm geschlagen. Eine offen und explizit geführte Diskussion über Prostitution und Homosexualität hätte womöglich die herrschenden sexuellen Normen untergraben können. Diese öffentliche Prüderie des 20. Jahrhunderts in Sachen Aids war lediglich das Gegenstück zu dem Schweigen, mit dem die Obrigkeit des 19. Jahrhunderts auf das Auftreten der Cholera reagierte, um ja keine allgemeinen Unruhen auszulösen bzw. dem Handel keinen Schaden zuzufügen. Erst in dem Maße, in dem Aids in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre als Gefahr für die heterosexuelle Mehrheit herausgestellt wird, haben die allgemeine Alarmstimmung, das Medieninteresse und die staatlichen Maßnahmen dafür gesorgt, daß diese Barrieren und Tabus durchbrochen wurden. Inzwischen stehen die Behörden unter dem Druck der Öffentlichkeit, die ein staatliches Eingreifen verlangt – wie vor hundert Jahren, als eben dies auch geschah, sobald sich die Cholera als Gefahr für die Allgemeinheit herausgestellt hatte. Was die Medien anfangs als »Schwulenseuche« propagierten, wird heute nicht mehr nur als göttliche Rache wahrgenommen, die lediglich ganz bestimmte Sündergruppen trifft.

Die Aids-Furcht hat, ähnlich wie früher die Furcht vor Pest und Cholera, gesellschaftliche Antagonismen zum Vorschein gebracht, die vorher oft nur zugedeckt waren. Diese Antagonismen stehen heute womöglich in einem direkteren Zusammenhang mit den unterschiedlichen Lebensweisen und Wertvorstellungen, als es früher der Fall war; insofern spiegeln sie deren höheren Stellenwert innerhalb der Strukturen und Konflikte der nachindustriellen Gesellschaft wider. Bei der herrschenden Übung, Außenseiter- bzw. aus der Normalität herausfallende Gruppen als Infektionsherde und Krankheitsträger auszumachen, sind die metaphorischen Untertöne ebenso deutlich vernehmbar wie vor hundert Jahren. Die aufsteigende Bourgeoisie des 19. Jahrhunderts unterstrich ihre soziale Identität durch Reinlichkeitsnormen und einen Gesundheitskult, mit deren Pflege – mittels aufwendiger Wohnbedingungen und ganzer Scharen dienstbarer Geister – sie sich von den übelriechenden und von Krankheiten befallenen unteren Ständen abgrenzte. Die »Infektionsgefahr«, die 1892 von den »Seuchenherden« des Hamburger Gängeviertels ausging, wurde zur Metapher für die gesell-

schaftliche und politische Bedrohung, die solche notorisch radikalen und aufrührerischen Bezirke für die besseren Kreise darstellten. Heute konzentriert sich die Angst vor Ansteckung auf gesellschaftliche Außenseitergruppen wie Homosexuelle, Drogenabhängige oder Prostituierte, was zugleich ermöglicht, diese Gruppen zu stigmatisieren, ihren »asozialen« Charakter herauszustreichen und die konforme Mehrheit ihrer Unschuld und Unbeflecktheit zu versichern. Die Ansteckungsfurcht wird damit umgekehrt zur Rechtfertigung von verstärkter Diskriminierung und Ausgrenzung. Sie dient dazu, die Ängste der Mehrheit zu beschwichtigen – allerdings nicht ihre Ängste vor der Aids-Gefahr, sondern vor abweichendem Verhalten. Sie dient demnach als Mittel, um die herrschenden moralischen Wertvorstellungen zu bestärken – um also eine Politik zu rechtfertigen, die, statt auf die am stärksten von der Krankheit bedrohten Menschen zuzugehen, diese noch mit Zwangsmaßnahmen bedroht.

Auf diese Weise wird die Aids-Angst zum Instrument ganz anderer Ängste, und diese können von der Obrigkeit als Instrument benutzt werden, um unerwünschte Gruppen zu disziplinieren oder zu kontrollieren. Mancherorts haben die Behörden gezielte Maßnahmen gegen die Homosexuellen-Szene ergriffen; in einigen Ländern wurde auch schon der Vorschlag gemacht, Einwanderer und Ausländer einem Zwangstest zu unterziehen. Solche staatlichen Regelungen rufen vielleicht ferne Erinnerungen an jene Quarantänemaßnahmen und *cordons sanitaires* wach, mittels derer die Staaten im 19. Jahrhundert gewisse Epidemien von ihren Grenzen fernzuhalten versuchten. Dabei sollte man übrigens das Ausmaß der Kontrollen, die der Bevölkerung in solchen Fällen von der Obrigkeit auferlegt wurden, keineswegs unterschätzen: In Frankreich und Preußen z. B. konnten in den dreißiger Jahren des vorigen Jahrhunderts Verstöße gegen Quarantänevorschriften mit dem Tode bestraft werden. Aber der Staat war damals noch zu schwach organisiert, um solche Maßnahmen auch nur halbwegs umfassend durchsetzen zu können, weshalb diese dann auch erfolglos geblieben sind. Der Staat des ausgehenden 20. Jahrhunderts ist demgegenüber unendlich viel effizienter, und seine Kontroll- und Aufsichtsmaßnahmen zur Eindämmung von Aids können weitaus durchgreifender und umfassender ausfallen. Im 19. Jahrhundert erwies sich die Quarantäne allerdings als unzureichende Waffe: wenn sie von einem einzigen Träger des Cholerabazillus durchbrochen wurde, war alles umsonst gewesen. Für die Vertreibung der Krankheit aus Westeuropa war denn auch etwas ganz anderes verantwortlich: die kombinierte Wirkung von öffentlicher Aufklärung, die eine verbesserte persönliche Hygiene zur Folge hatte, und von Verbesserungen in gesundheitsrelevanten Infrastrukturbereichen, also etwa bei der öffentli-

chen Wasserversorgung, der Abwasserbeseitigung, der Lebensmittelversorgung usw. *Cordons sanitaires,* wie sie z. B. die Deutschen in den neunziger Jahren an ihrer Grenze zu Rußland einrichteten, mochten die Zahl der einreisenden Krankheitsträger zwar reduzieren, konnten sie aber nie auf Null bringen. Der entscheidende Fortschritt bestand darin, daß die Bedingungen für die Ausbreitung des Bazillus innerhalb Deutschlands um das Jahr 1900 weitgehend beseitigt waren.

Die Lehren, die uns die Geschichte für die Gegenwart zu bieten hat, sind selten tröstlich und niemals simpel. Wenn man die Beziehung zwischen Ängsten und Seuchen rückblickend betrachtet, drängt sich keineswegs der Eindruck auf, daß die Reaktion der Gesellschaft auf Krankheiten im Lauf der vergangenen hundert Jahre rationaler geworden wäre. Emotionen wie Angst und Furcht sind allen menschlichen Wesen zu eigen, und ebenso – in kollektiver Ausprägung – den Gesellschaften, denen wir alle zugehören. Die Übung, angesichts neuer bedrohlicher Epidemien einfach zu Ruhe und Vernunft aufzurufen, zeugt von keiner besonders differenzierten Einsicht in das Wesen der Emotionen, die unsere Gesellschaften zusammenhalten. Aber gleich anderen sozialen Emotionen ist Angst weder eine absolute, isolierte Größe noch ein unveränderliches Faktum. Sie ist sowohl veränderbar als auch formbar, sie wandelt sich mit dem Wandel der Gesellschaft, folglich kann sie durch bewußtes Eingreifen ebenso verändert werden wie durch besondere historische Umstände. Angst wurde und wird in unserem eigenen Zeitalter nur zu oft durch skrupellose Politiker zu niedrigen oder schlechten Zwecken ausgenutzt. Angst kann freilich auch in eine sinnvolle und heilsame Richtung gelenkt werden. So könnte etwa die Angst vor der zunehmenden Belastung und Zerstörung der Umwelt eine für alle sicherere und schönere Welt hervorbringen helfen.

Die Herausforderung, die Aids für unsere Gesellschaft darstellt, liegt in der Frage, wie die Furcht vor dem Tode im Sinne einer Minderung der Ansteckungsgefahr genutzt werden kann, ohne gleichzeitig die bürgerlichen Freiheitsrechte zu liquidieren, Ärzte zu Gefängniswärtern zu machen oder ganze Gesellschaftsgruppen – zumal die eigentlichen Opfer der Krankheit – einfach zu verstoßen. Wenn die Geschichte uns eine Lehre bieten kann, so nur diese: Eine derartige Herausforderung ist nur zu bestehen, wenn wir die Bedrohung durch eine Krankheit wie Aids in einem möglichst umfassenden gesellschaftlichen Kontext wahrnehmen, statt sie auf die Dimension eines rein medizinischen Problems zurechtzustutzen, das jede nur denkbare medizinische Antwort rechtfertigt – ohne Rücksicht auf die Folgen, die sich daraus für andere Lebensbereiche ergeben.

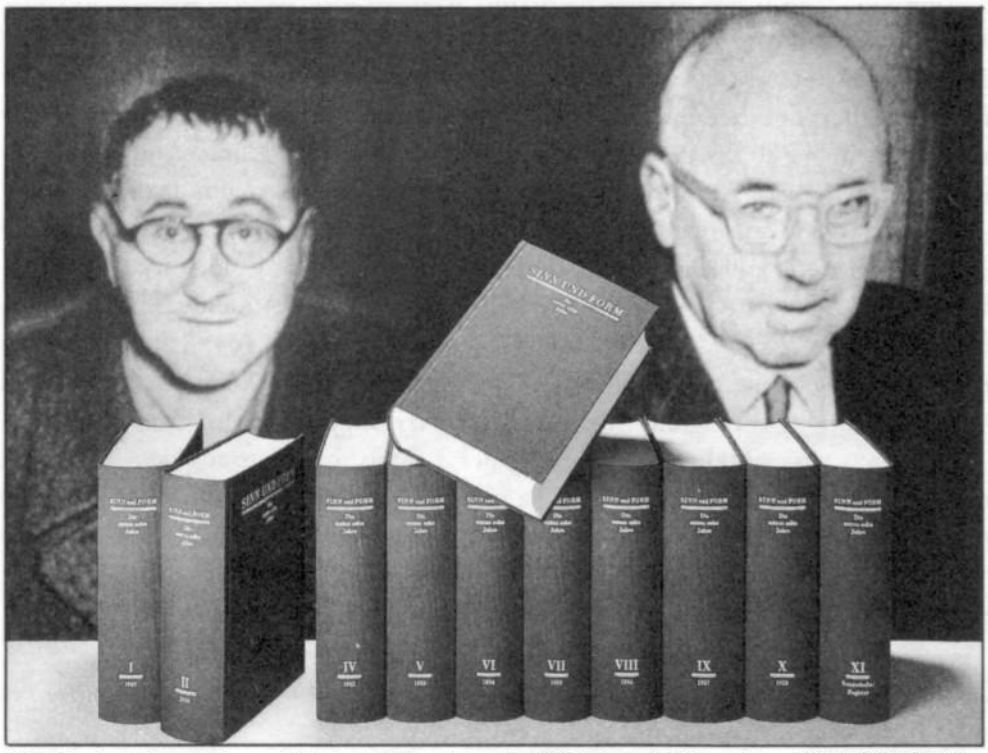
Literaturhinweise

Der Bericht über die Hamburger Choleraepidemie von 1892 stammt aus meiner Publikation: *Death in Hamburg. Society and Politics in the Cholera Years 1830-1919* (Oxford 1987). Die im Text verwendeten zeitgenössischen Zitate, die nicht in diesem Buch auftauchen, stammen aus: Jakob Loewenberg, *Aus zwei Quellen* (Berlin 1914), bzw. Friedrich Werner, »Erinnerungen aus meiner Amtstätigkeit in der Gemeinde Süd-Hamm« (Manuskript von 1937 im Kirchenarchiv Hamburg D 166, abgedruckt in: *Der Hamburgische Beobachter*, Jg. 1831).
Ein kürzerer Überblicksbericht über die Cholera und die von ihr ausgelösten Ängste findet sich auch in meiner Publikation: »Epidemics and Revolutions: Cholera in 19th-century Europe«, in: *Past and Present* 120 (August 1988), S. 124-147. Das Buch von Jean Delumeau, *Angst im Abendland. Die Geschichte kollektiver Ängste im Europa des 14. bis 18. Jahrhunderts* (Hamburg 1985) bietet eine anregende Darstellung der Angst vor Epidemien, insbesondere vor der Pest. Die umfassendste historische Darstellung über Aids ist: Randy Shilts, *And the Band Played On. Politics, People and the Aids Epidemic* (New York 1987). Roy Porter bietet in seinen Aufsätzen »Plague and Panic« (in: *New Society* vom 12. Dezember 1986) und »Ever since Eve: the fear of contagion« (in: *Times Literary Supplement*, 27. Mai und 2. Juni 1988, S. 582 bzw. 597) eine nützliche Erörterung der Lehren, die man aus den Erfahrungen mit früheren, durch Epidemien ausgelösten Paniken für die aktuelle Aids-Politik ziehen kann. Allen M. Brandts Buch *A Social History of Veneral Disease in the United States since 1880* (2nd ed., New York 1987) stellt Aids in den unterschiedlichen, aber gleichermaßen bedeutsamen historischen Kontext der Geschlechtskrankheiten.

Aus dem Englischen von Niels Kadritzke

Das deutsch-deutsche Kultur-Ereignis:

SINN UND FORM



1954: Bertolt Brecht und Johannes R. Becher, 1. Kulturminister der DDR, Autor und Mitbegründer von SINN UND FORM.

10.732 Seiten in elf schwarzen Leinenbänden.

Subskriptionspreis bis zum 31. 12. 1988 **398 DM,** danach 480 DM.

Prof. Dr. Hans Mayer über die Arbeit der SINN UND FORM-Redaktion unter Peter Huchel in den Jahren 1949 bis 1958 in Potsdam: »Im Wald vor den Toren von Potsdam vollzog sich die Selektion gegenwärtiger Weltliteratur.«

Hans Mayer

Peter Huchel, Chefredakteur

Die Nachdruck-Ausgabe von SINN UND FORM umfaßt die kompletten Jahrgänge 1949 bis 1958 mit allen Sonderheften. In diesem Zeitabschnitt bestimmte der bedeutende Lyriker Peter Huchel als Chefredakteur wesentlich den Inhalt der Zeitschrift. Unter seiner Ägide war SINN UND FORM das zukunftsweisende literarische Forum von europäischem Rang.

GRENO Verlagsgesellschaft m. b. H.
PF 1145, D-8860 Nördlingen

Rolf Winau
Amors vergiftete Pfeile
Die Lektionen der Syphilis

Die Anfänge

»Singen will ich heut und sagen,
Wie einst durch des Schicksals Mächte
Jener Same ward gesäet
Einer Krankheit, die gar seltsam
Ferne Zeiten nie gesehen
Aber heute ganz Europa,
Asien, das ferne Libyen,
Hat durchwütet; wie die Seuche
Ihren Namen hat empfangen
Durch die Gallier, die damals –
Schreckenvollen Krieges Folge –
Latium damit beglückten.«

So beginnt das Gedicht, das der gelehrte Arzt und Humanist Girolamo Fracastoro (1483-1553) 1530 in Verona erscheinen ließ* und das den Titel trägt: *Syphilidis sive morbi gallici libri tres* (Drei Bücher von der Syphilis oder der gallischen Krankheit).

Was hatte es mit dieser neuen, noch nie gesehenen Krankheit auf sich? Plötzlich und ohne jede Vorwarnung war sie im Jahr 1495 in und um Neapel herum aufgetreten, hatte sich wie anderthalb Jahrhunderte zuvor die Pest in Windeseile über ganz Europa verbreitet, und kaum jemand schien vor ihr sicher zu sein.

Karl VIII. (1470-1498), der junge französische König, suchte seine Erbansprüche auf Neapel mit einem Kriegszug durchzusetzen. Im Frühjahr 1494 zog er mit mehr als 30 000 Mann von Lyon aus durch Italien nach Süden. Dem Söldnerheer gehörten Schweizer, Niederländer, Franzosen und Spanier an. Wie üblich folgte dem Heer ein riesiger Troß von Marketenderinnen und Soldatendirnen. Der angegriffene König Ferdinand von Neapel beschloß daraufhin, ebenfalls ein Söldnerheer anzuwerben. Auch in ihm fanden sich viele Spanier. Sie waren es, die offensichtlich den Keim der neuen Krankheit in sich trugen, jenen Keim, den die Matrosen des Kolumbus bei ihrer Rückfahrt mitgebracht hatten und der schon in Spanien zum Aufflackern der neuen Krankheit geführt hatte.

Im Februar 1495 zog das Heer Karls in Neapel ein, die Verteidiger hatten sich in das Castel Nuovo und das Castel dell' Uovo zurückgezogen, wo sie sich drei Wochen lang verteidigten, ehe sie sich schließlich ergaben und mit dem Heerhaufen Karls vereinigten. Achtzig Tage lang wurde in Neapel ein rauschendes Fest gefeiert, dann zog Karl es vor, Neapel zu verlassen und wieder nach Norden zu ziehen; immer mehr Söldner verließen sein Heer. Zwischen Februar und Mai ergriff die Krankheit nicht nur die Heere, nicht nur die Dirnen, sondern auch die Bevölkerung Neapels und anderer italienischer Städte. In einer Chronik von Florenz heißt es: »Es wird nicht unangemessen sein, der neuen Krankheit zu gedenken, welche in diesen Zeiten nach Italien kam, und die man französische Krätze nennt. Sie verbreitet sich nach allen Teilen der Welt, verursacht heftige Schmerzen, dauert acht bis zehn Monate, verbreitet sich im Laufe eines Jahres über den ganzen Körper nach Art einer schweren Krätze und unter einem pockenähnlichen Ausschlag, ist mit einem üblen Geruch, Verderbnis und Entstellung des davon ergriffenen Körpers verbunden.« Die Syphilis war bei ihrem ersten Auftreten in Europa also keine diskrete Krankheit, sondern äußerte sich als schwerste Allgemeinerkrankung.
Die zeitliche Übereinstimmung und die Verweise zeitgenössischer Autoren lassen heute keinen Zweifel mehr daran, daß die Syphilis eine für Europa neue Krankheit war, die aller Wahrscheinlichkeit nach aus Amerika eingeschleppt worden ist. Daß die Europäer auf diese Krankheit so sehr viel heftiger reagierten als die Amerikaner, macht deutlich, daß sie hier auf jungfräulichen Boden fiel.

Die Ausbreitung

Nur so ist auch die schnelle epidemische Ausbreitung über ganz Europa zu verstehen. Schon von Zeitgenossen wird der Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Seuche und dem Auftauchen der Landsknechte gesehen. In Frankreich breitete sie sich in zwei Jahren bis 1497 über das ganze Land aus, in derselben Zeit erreichte sie auch die Schweiz und Deutschland. In einer Frankfurter Chronik heißt es: »Anno 1496 tempore estatis et verne ist eyn ongehort grusslich und erschrockenlich krankheyt under die menschen von den walen kommen, die walen haben sie krieget von den franczosen und wyrt diss krankheyt genennt mall franczoss.« In Hamburg ist die Seuche zum ersten Mal im Jahr 1498 erwähnt. Die Ausbreitungsgeschwindigkeit war vor allem entlang der großen Flüsse sehr hoch, so wanderte die Syphilis im Rheingraben in einer Woche durchschnittlich 50 km weiter. Diese präzisen Angaben lassen sich deshalb machen, weil kein Chronist jener Zeit es

versäumte, den ersten Fall in seiner Stadt zu beschreiben – ein weiterer Hinweis darauf, daß die Krankheit in der Tat neu und bis dahin unbekannt war. Gleichzeitig wie in Deutschland erschien die Syphilis auch in den Niederlanden und in Dänemark, nur wenig später in England und Schottland, gleichzeitig in den Balkanländern, in Ungarn, Polen und Rußland. Von Europa aus erreichte die Krankheit auch den Norden Afrikas, vor allem aber Asien, wo sie um die Jahrhundertwende in Indien und China und wenig später in Japan nachgewiesen ist.

Der Name

Die Krankheit war bei ihrem ersten Auftreten in Europa so unbekannt, daß sie keinen eigenen Namen hatte. Allein aus den ersten hundert Jahren ihrer Existenz sind 450 verschiedene Bezeichnungen bekannt, von denen mehr als die Hälfte aus den ersten zehn Jahren stammt. Die Namen lassen sich in fünf Hauptgruppen aufteilen: Eine erste Gruppe umfaßt die, die das äußere Erscheinungsbild beschreiben. Hierher gehören Namen wie Elephantiasis, Morbus pustulatus, Papulae, Lepra venerea und ähnliche. Dabei wird deutlich, daß man bekannte Krankheitsbilder benutzt, um die Seuche zu beschreiben, sich jedoch im klaren ist, daß es sich um eine Geschlechtskrankheit handelt, wie der häufige Zusatz »venerea« deutlich macht. Eine zweite Gruppe von Namen nimmt Bezug auf die vornehmlich befallenen Körperteile: Pustulae obscoenae, Pudendagra, Pestis inguinalis, Mentulagra. Wie bei der Pest haben auch bei der Syphilis Heilige der Krankheit ihren Namen gegeben, die als besonders hilfskräftig angesehen wurden. Zu ihnen gehörten Hiob, Rochus, Fiacrus und Evagricus. Die vierte Gruppe geht deutlich auf die vermeintlichen Ursachen der Krankheit ein: Lues venerea, Lues aphrodisiaca, Luxus, Morbus catholicus, Peregrinus morbus. Die fünfte Gruppe ist die interessanteste, denn sie benennt die Krankheit nach ihrem angeblichen Vaterland, und anhand dieser Benennungen läßt sich die Wanderung der Syphilis durch Europa rekonstruieren: In Italien spricht man vom Mal francese, vom Morbus gallicus, von der Lues celtica; die Franzosen hingegen nennen sie Mal de Naples, Mal napolitain. In Spanien heißt sie Mal frances, in Portugal Morbus Castilanus, Mal francez, aber auch Mal de Naples. Im fernen Osten wird häufig auf Portugal als Ursprungsland Bezug genommen, während sie in Afrika als Frankenseuche den Franzosen angelastet wird. In den deutschsprachigen Ländern sind Namen wie Gallische Krankheit, Mal franzos, verkürzt die Franzosen, am gebräuchlichsten, daneben taucht auch Neapel in der Benennung auf, und es gibt den Ausdruck Lues bavarica. England benennt Frankreich und Spanien gleichermaßen als

Ausgangsland: French Pox und Spanish Pox, in Schottland existiert aber auch der Name Englische Krankheit, die Norweger wiederum sprachen von der Schottischen Krankheit. Und während die Polen mit ihren Bezeichnungen den Ausgangsort der Krankheit nach Frankreich und Neapel legten, gab es in Rußland den Begriff Polnische Krankheit. In Iwan Blochs großer Untersuchung aus dem Jahre 1901 reicht die Aufzählung der Namen über 18 eng bedruckte Spalten!

Der heute benutzte Name Syphilis freilich ist in den ersten Jahrzehnten ebenso wenig benutzt worden wie die ebenfalls gebräuchliche Bezeichnung Lues. Hierbei handelt es sich um eine Verkürzung aus dem früher gebräuchlichen Lues venerea, wobei Lues nichts anderes als Seuche bedeutet. Schwieriger zu erklären ist der heute gebräuchliche Name, der sich erst in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts durchsetzte. Dazu müssen wir zu dem eingangs zitierten Gedicht des Girolamo Fracastoro zurückkehren.

Im Titel hatte er das neue Wort verwendet und die Krankheit nach dem Helden seiner Erzählung genannt: so wie die Geschichte des Aeneas die Aeneis ist, so ist die Geschichte des Syphilus die Syphilis. Fracastoro schildert im dritten Buch die Fahrt eines Entdeckers in die neue Welt. Dort töten die Seefahrer die heiligen Vögel des Sonnengottes, und einer von diesen prophezeit ihnen vor seinem Tod:

»Bald wird kommen der Tag,
Wo entstellen wird Euch Seuche,
Die Euch zwingt in diesem Walde,
Dessen heiliges Asyl
Übermütig Ihr verletzt habt,
Heilung suchen. Denn Apollo
Wird Euch zur Verzweiflung treiben,
Bis den Frevel Ihr bereut.«

Auf einem Fest für den Sonnengott sehen die Seefahrer nicht nur von der Krankheit gezeichnete Menschen, sie erfahren auch die Geschichte dieser Krankheit: Der Hirte Syphilus, ergrimmt über die Hitze der Sonne, die ihn tagtäglich plagt, fällt vom Kult des Sonnengottes ab, erklärt seinen König zum neuen Gott und führt das ganze Volk zu diesem neuen Kult. Diesen Frevel bestrafte der Sonnengott,

»Der da alles sieht und höret,
Da empört sich seine Seele.
Feindlich lenkt er seine Strahlen,
Die durch Schärfe sind vergiftet.
Pesthauch jetzt ergreift die Erde,
Pesthauch auch die Flut des Meeres,
Und verpestet wird die Luft selbst

Durch noch nie gesehene Krankheit.
Den, der vom vergossenen Blute
Seinem Könige die Opfer
Brachte auf den Bergaltären,
Syphilus packt sie als ersten.
Schlimm wird ihm der Leib zerfressen
Von gar garstigen Geschwüren,
Schmerzend reißt es in den Gliedern,
Seine Nächte flieht der Schlaf.
Und nach ihm benennt die Menschheit
Heute noch die gleiche Seuche,
Es empfängt von ihm die Krankheit
Nun den Namen: Syphilis.«

Den Namen Syphilus dürfte der Humanist Fracastoro der antiken Mythologie entlehnt haben. Bei Ovid heißt der zweite Sohn der Niobe Sipylus. Er hat wohl für den amerikanischen Hirten Pate gestanden.

Die Ätiologie

Wenn sich auch viele zeitgenössische Autoren darüber einig waren, daß die Krankheit aus Amerika eingeschleppt worden sei, so verlangten doch Ärzte und Laien nach einer Erklärung, warum die Krankheit ausgerechnet zu dieser Zeit Europa heimsuchte, und ob dahinter nicht doch mehr als nur der blinde Zufall stehe. So entstanden bald Theorien, die auf diese Frage eine Antwort zu geben suchten. Am meisten verbreitet war wohl die astrologische Theorie. Sie entsprach einem mittelalterlichen Verständnis von der Welt, in dem Mikrokosmos und Makrokosmos aufeinander bezogen waren, eine Auffassung, die bei den Alchimisten und vor allem bei Paracelsus in ein großartiges Gebäude der Welt- und Krankheitssicht eingehen sollte. Besondere Konstellationen der Gestirne mußten danach einen unheilvollen Einfluß auf die Menschen haben. So sah man in der großen Konjunktion des Saturn und des Jupiter am 25. November 1484 im Zeichen des Skorpions und im Hause des Mars – einem Ereignis, das nur rund alle 500 Jahre eintritt – den astralen Ursprung der Krankheit, zehn Jahre vor ihrem irdischen Ausbruch.

»Und wieder meinen dann die Sternendeuter:
Saturn und Mars sind dieser Seuche Quell,
Saturn ist heißer Leidenschaft Bereiter,
Und Mars regiert an der geheimen Stell'.
Drum sollen wir, wenn wir die Liebe pflegen,
wohl achten auf der beiden Sterne Stand;
Damit Saturn nicht komme uns entgegen,

Wenn unser Sinn der Venus zugewandt.
Woher das alles? frage nur die Sterne,
Sie haben uns die Lüfte inficiert –
So kam das Gift zu uns aus weiter Ferne
Und hat uns unsern Körper alteriert.
Wir waren freilich lange schon empfänglich
Für solchen bösen Einfluß des Gestirns,
Dies weiter zu erklären ist bedenklich
Und übersteigt die Kräfte meines Hirns.«

So dichtete 1870 R. Finkenstein in seiner Geschichte der Syphilis ein zeitgenössisches Gedicht von Francisco Lopez de Villalobos nach und verstärkte aus seinem naturwissenschaftlich aufgeklärten Geist die beim Autor vorhandene leichte Ironie ganz bedenklich. Auch Fracastoro hatte dem astrologischen Ursprung der Krankheit viele Zeilen seines Gedichts gewidmet.
Neben der astrologischen Theorie gab es eine zweite, die mit ebensoviel Vehemenz vertreten wurde: die theologische. Im Mittelpunkt dieser Theorie steht die Auffassung, daß Krankheiten von Gott zur Strafe oder zur Prüfung gesandt werden. Was lag näher, als bei einer Krankheit, die vornehmlich und zuerst die Geschlechtsteile befiel und deren Zusammenhang mit dem Geschlechtsverkehr man sehr früh erkannte, an eine Strafe für Verfehlungen auf sexuellem Gebiet zu denken? Die Syphilis galt als Strafe für die Unzucht. Diese These wurde bis ins 20. Jahrhundert immer wieder vertreten; aber die Definitionen, was denn Unzucht sei, änderten sich. Dem einen war sie der außereheliche Verkehr, dem anderen die Promiskuität, wieder anderen die Polyandrie der Dirnen; die nächsten sahen die Syphilis als Strafe für übermäßigen Beischlaf, selbst unter Eheleuten, andere schuldigten die Sodomie mit ihren verschiedensten Formen an. Diese theologische Theorie wurde nicht nur von Priestern, sondern im gleichen Maße auch von Ärzten herangezogen, und immer wieder führten sie »Beweise« für ihre Richtigkeit an. Aber auch hier regte sich früher Widerstand:

»Einige beziehen die Ursache dieser Krankheit auf Gott, der diese Krankheit geschickt habe, da er will, daß die Menschen die Sünde der Unzucht vermeiden. Deswegen verband er mit dem Beischlaf solche Gefahren, daß manche diese Krankheit die göttliche genannt haben. Und warum, wenn Gott gegen die Unzucht losgefahren ist, warum ist er nicht gegen die Wucherer, Wegelagerer, Räuber und Mörder, die doch viel grausigere Missetaten begehen, als die, die den Beischlaf ausübten. Denn der Geschlechtsgenuß ist für Jedermann eine natürliche Sache ... Laßt uns also wie Hippokrates in seinem Buch über die heilige Krankheit sagen, daß diese Krankheit nicht heiliger sei als alle anderen.« (Antonius M. Brassavola, *De morbo gallico*, 1556)

Nach den Vorstellungen der hippokratischen Medizin, die um die Wende zur Neuzeit das medizinische Denken noch beherrschte, mußte die Syphilis, wie alle anderen Krankheiten, aus einer Störung der Säfte hervorgehen.

Für jeden Menschen konstituierten die vier Körpersäfte Blut, Schleim, Galle und Schwarze Galle in einer je eigenen Mischung die Gesundheit. Wurde aus dieser Eukrasie eine Dyskrasie, war das Verhältnis der Säfte zueinander gestört, war einer der Säfte im Übermaß oder in zu geringer Menge vorhanden, dann war der Mensch krank. Ein Übermaß an Schwarzer Galle, jenem hypothetischen vierten Saft, wurde für die Syphilis verantwortlich gemacht.
Und schließlich gab es auch schon in den frühen Jahren der Syphilisforschung die Vorstellung, daß die Krankheit durch einen spezifischen Krankheitserreger, durch ein Kontagium hervorgerufen würde. Wieder war es Girolamo Fracastoro, der diese Vorstellung als erster zur Diskussion stellte. 1546 erschien seine Schrift *De Contagionibus et contagiosis morbis et eorum curatione libri tres* (Drei Bücher von den Kontagien, den ansteckenden Krankheiten und deren Behandlung). Sie ist die erste moderne Erklärung der Lehre von den Infektionen. Nicht unkörperliche Miasmen, wie die Humoralpathologie sie forderte, macht Fracastoro für diese Krankheiten verantwortlich, sondern einen konkreten Krankheitssamen, der auf dreierlei Weise von einem Menschen auf den anderen übertragen werden könne: durch direkten Kontakt, per Distanz durch Tröpfcheninfektion, und durch den »Zunder«, durch Krankheitssamen tragende Gegenstände, vor allem Kleider und Wäsche. In seine Überlegungen bezog Fracastoro nicht nur die Pest, sondern auch die Syphilis ein. Aber seine Vorstellungen kamen um Jahrhunderte zu früh.

Die Therapie

Anfangs standen die Ärzte der neuen Krankheit hilflos gegenüber, wenn sie sich überhaupt mit ihr beschäftigten, denn da sie sich zunächst auf der Haut manifestierte, gehörte sie streng genommen zu den Krankheiten, für die nicht der akademisch gebildete Arzt, sondern der Chirurg zuständig war – sie war eine äußere, keine innere Krankheit. Dann besann man sich auf jenes Mittel, das schon von der Antike an, besonders aber durch die Vorstellung der arabischen Medizin, Eingang in die Therapie der Hautkrankheiten gefunden hatte: das Quecksilber. Als Quecksilbersalbe wurde es bei einer Reihe von Hautkrankheiten angewandt, außerdem als Sublimatlösung für Waschungen. Jetzt wurde es auch zur Kur der neuen Krankheit benutzt. Eine Quecksilberschmierkur gliederte sich in drei Teile. Den Anfang bildete eine fünftägige Vorbereitungskur mit Abführmitteln und Bädern, die den Körper aufnahmebereit für das Quecksilber machen sollten. Dann folgte die eigentliche Schmierkur, bei der die Quecksilbersalbe bis zu 40

Tage lang stets an verschiedenen Stellen des Körpers, vor allem aber an Beinen und Armen aufgetragen wurde. Dabei wurde der Patient aufgefordert, die Kur so lange durchzuhalten, bis die Zähne schmerzten; übermäßiger Speichelfluß wurde als Zeichen der Heilung im humoralpathologischen Sinne gedeutet. Ohne es zu wissen, ging man so bis über die Grenzen einer Quecksilbervergiftung hinaus. Schließlich wurde eine Schwitzkur empfohlen. Ähnlich wie im Speichel sollte im Schweiß die schädigende Materie aus dem Körper entfernt werden. Ulrich von Hutten hat eine solche qualvolle Tortur elfmal erfolglos durchgemacht. 1519 schrieb er:

»Aus drei- oder vierlei oder mehr von diesen Medikamenten verfertigten sie eine Salbe und schmierten damit Arm- und Beingelenke ein. Die Kranken wurden in eine Hitzstub eingeschlossen, die ununterbrochen und sehr stark geheizt wurde, die einen 20, die anderen 30 Tage lang, einige auch noch länger ... Da floß durch Rachen und Mund die Krankheit ab mit einem so gewaltigen Schaden, daß die Zähne herausfielen. Das Zahnfleisch schwoll an, die Zähne wackelten, der Speichel floß ohne Unterlaß aus dem Mund. Diese Art der Kur war so hart, daß die meisten lieber sterben, als auf solche Weise kuriert sein wollten.«

Noch gefährlicher als die Schmierkuren waren die Räucherungen mit Zinnober. Dabei wurde der Kranke in ein Zelt oder ein Faß oder ein extra zu diesem Zwecke errichtetes kleines Häuschen gesetzt – wenn er Glück hatte, dann schaute sein Kopf heraus –, und in einem Kohlenbecken wurde der Zinnober verdampft. Auch diese Prozedur wurde so lange wiederholt, bis sich der gewünschte Speichelfluß einstellte.
Die Quecksilberbehandlung blieb trotz des Schadens, den sie anrichtete, für Jahrhunderte die beherrschende Syphilistherapie, der nichts Vergleichbares an die Seite gestellt werden konnte. Als in Berlin das nicht genutzte Pesthaus 1727 zur Charité umgebaut wurde, da richtete man bald auch eine Station für Syphiliskranke ein; die Zimmer tragen auf einem zeitgenössischen Plan die Bezeichnung Salivationsstuben. Aber von Anfang an gab es neben den Merkurialisten, die alles Heil vom Quecksilber erwarteten, auch die Antimerkurialisten. Und es gab ein anderes Heilmittel, als Wundermedikament gepriesen, von Ulrich von Hutten nach den vergeblichen Quecksilberkuren hoch gelobt, das Guajakholz. Als Heiliges Holz, als Wunderbaum, als Hoffnung der Menschen, als Ruhm der Neuen Welt wurde es gepriesen. So wie die Syphilis aus der Neuen Welt kam, so sollte auch das Heilmittel aus Amerika kommen. Ähnlich wie beim Quecksilber war die Guajakkur drastisch. 40 Tage lang wurden die Kranken ins Bett gesteckt, mußten schwitzen, wurden mit Bädern und Abführmitteln traktiert und mußten morgens, mittags und abends große Mengen der Guajakabkochung trinken. Das Geschäft mit dem importierten Holz, auf das die Fugger ein Monopol hatten, blühte für einige Jahrzehnte. Aber schnell zeigte sich, daß

auch das Guajak kein wirkungsvolles Heilmittel war, es sei nur wundertätig für den Säckel der Fugger, spottete Paracelsus.

Prophylaxe

Wirkungsvoller, so merkte man bald, war wohl eine gezielte Prophylaxe. Dabei sind zwei Stränge zu unterscheiden, auf der einen Seite die obrigkeitlichen Gebote und Verbote, bzw. die Forderungen nach solchen, auf der anderen Seite ärztliche Anweisungen zur persönlichen Hygiene.
Von 1496 an gibt es die ersten gesetzlichen Regelungen, so in Nürnberg, wo den Badern geboten wird, Menschen, die an der neuen Krankheit leiden, nicht in ihr Bad zu lassen, und ihr chirurgisches Gerät, das sie beim Besuch von Syphiliskranken benutzen, nicht weiter zu gebrauchen. Dies war sicher wirkungsvoller als die Pilulae praeservantes, die auch Kaiser Maximilian gebrauchte, wirkungsvoller auch als Fürbitten und Gebete.
Schon 1497 hatte man, ebenfalls in Nürnberg, versucht, die »fremden Kranken an den Franzosen« nicht in die Stadt zu lassen, ein Unterfangen, das von Anfang an zum Scheitern verurteilt war. Aber schon bald werden drastischere Maßnahmen gefordert: »Daß in den Städten Dirnen und andere Frauen durch eine Matrone untersucht werden, und die als angesteckt Befundenen in einem eigenen Haus oder Hospital zurückbehalten werden sollen, solange bis sie durch dazu bestellte Ärzte kuriert seien – auf diese Weise könnten sie die grausame Krankheit beseitigen.« Hier wird geradezu eine Gesundheitsbehörde mit weitreichenden Befugnissen gefordert, deren Vorgehen freilich durch die Beschränkung auf die Frauen ebenso sinnlos wie diskriminierend erscheint.
Isolierung für Syphiliskranke hat es danach immer wieder gegeben, vor allem in den Reichsstädten. Der Erfolg dieser Maßnahme war gleich Null. Aber es gab auch drastischere Vorschläge. Bei Erasmus von Rotterdam ist folgender Dialog zu lesen:

»– Also sollen nur die Luetischen einander heiraten?
– Wenn mir gestattet würde, was eigentlich Sache des Staates ist, so würde ich sie wohl verbinden, die Verbundenen dann aber verbrennen.
– Wäre es nicht milder, sie nur zu kastrieren und dann auszuweisen?
– Milder wohl, aber nicht sicherer. Denn nicht nur auf diese Weise wird die Krankheit übertragen, sondern auch durch Küsse, durch Berührungen, durch gemeinsamen Trunk.
– Man müßte ein Gesetz erlassen, das gemeinsame Trinkgefäße verbietet, außerdem dürften nur Eheleute sich im gleichen Bett vereinen, die Sitte des Begrüßungskusses müßte verschwinden.«

Keiner dieser drastischen Vorschläge wurde je verwirklicht, sie zeigen aber, daß solche Gedanken denkbar waren.

Es ist kein Wunder, daß auch wortgewaltige Prediger sich der Sache annahmen. Jacob Wimpfeling sah die Möglichkeit, gegen die Dirnen zu wettern: »Fürchte und fliehe die Dirnen! Fürchte sie, daß nicht Lepra, nicht gallische Krankheit dich beflecke. O wie viele Jünglinge, wie viele Männer haben sich durch feile Dirnen das Leiden Frankreichs zugezogen.« Die Furcht vor Krankheit wird hier zur Stärkung der Moral ins Feld geführt. Und es verwundert schon nicht mehr, daß die Schuld für die Krankheit den Frauen gegeben wird. Dabei gehörten nicht wenige von Wimpfelings Amtsbrüdern zu den ersten und bevorzugten Opfern der Syphilis.
1497 wird zum ersten Mal die Vermeidung der Ansteckung durch direkten Kontakt gefordert: »Hauptsächlich aber vermeide man den Verkehr mit pustolösen Frauen, aber auch mit gesunden, denen kurz vorher ein pustolöser Mann beigewohnt hat; denn schon ist durch Erfahrung bekannt, daß der einem Pustolösen Nachfolgende frisch angesteckt wird.« Nicht die Theorie, sondern die auf Beobachtung gegründete Erfahrung führte zu den ersten konsequenten Forderungen. Aber auch persönliche Hygienemaßnahmen werden empfohlen, so das Waschen des Penis nach dem Beischlaf mit lauwarmem Wein, das Auswaschen der Scheide mit lauwarmem Wasser oder Wein, oder bestimmte Leinenlappen, mit einer ganz bestimmten Tinktur getränkt und vor dem Verkehr um den Penis gebunden. Solche Streifen sollte jeder Mann, so empfiehlt der ärztliche Autor, im Geldbeutel oder in der Hosentasche stets bei sich haben. Auch die Zinnoberräucherung nach dem Geschlechtsakt gilt als Prophylaktikum.

Konsequenzen

Auf zwei Folgen der Syphilis soll hier hingewiesen werden: auf den Verfall der Badekultur und die völlige Änderung der Sexualmoral und der Lebensgewohnheiten der Bevölkerung.
Das Bad spielte in der mittelalterlichen Kultur eine große Rolle. Es war nicht nur Ort der Reinigung, sondern auch der medizinischen Versorgung, und es war gleichzeitig Kommunikationszentrum, in dem man sich traf, Geschäfte tätigte, Familienfeiern wie Hochzeit und Kindtaufe beschloß. Zwar gab es auch getrennte Bäder für Männer und Frauen, aber häufig badete man gemeinsam im gleichen Zuber, über den ein Brett gelegt wurde für Speise und Trank. Man badete gemeinsam nackt, und manche Anordnung eines besorgten Magistrats ist zu finden, die wenigstens für den Weg zum Bad eine angemessene Bedeckung der Blößen forderte. Auch in offenen Gewässern und in Heilbädern badeten Männer und Frauen nackt und in aller Öffentlichkeit miteinander. Diese Unbefangenheit wird in einer

Vielzahl von bildlichen Darstellungen ebenso dokumentiert wie in der Literatur. Und oftmals wiederholte Erlasse und Verbote von Magistraten und der Kirche bezeugen, daß man an der alten Gewohnheit lange festhielt. Poggio beschreibt in seinen Briefen das Badeleben in Baden bei Zürich so:

»Im Wasser speisen sie, oft auf gemeinsame Kosten, ein geschmückter Tisch schwimmt auf dem Wasser, und auch Männer pflegen teilzunehmen. Wir sind in dem Hause, in dem wir badeten, einmal zu einem solchen Fest geladen worden. Ich habe meinen Beitrag bezahlt, wollte aber nicht teilnehmen, nicht aus Schamgefühl, das für Feigheit oder Unbildung gehalten wird, sondern weil ich die Sprache nicht verstand. Aber zwei meiner Gesellen sind in das Bad gegangen, mit großer Herzensheiterkeit, haben mitgetan, mitgetrunken, mitgespeist ... Ich sah von der Galerie aus alles, die Sitten, die Gewohnheiten, die Freiheit und die Ungebundenheit der Lebensart. Es ist merkwürdig zu sehen, in welcher Unschuld sie leben.« Im selben Brief heißt es: »Keiner argwöhnt etwas Unschickliches.«

Und wie soll man die Unterhaltung von Sol und Phaeton in Ulrich von Huttens Gesprächsbüchlein bewerten? Beschreibt sie die Wirklichkeit, oder ist es schierer Sarkasmus?

»*Phaeton:* Dort sehe ich einige nackend, Frauen und Männer vermischt, miteinander baden; ich glaube, daß das ohne Schaden für ihre Zucht und Ehre nicht zugeht.
Sol: Ohne Schaden.
Phaeton: Ich sehe sie sich doch küssen.
Sol: Freilich.
Phaeton: Und sich freundlich umfassen.
Sol: Ja, sie pflegen auch beieinander zu schlafen.
Phaeton: Vielleicht haben sie die Gesetze Platons angenommen und halten ihre Weiber gemeinschaftlich.
Sol: Nicht gemeinschaftlich, sondern darin zeigt sich ihr Vertrauen.«

Die Bäder aber waren auch der Ort, an denen sich eine bestimmte Art der Prostitution, die Badeprostitution, ansiedelte. Hieraus allerdings eine Trennung der Bäder in moralisch einwandfreie und solche, die unseren Saunaclubs gleichen, zu konstruieren, geht an der historischen Wirklichkeit vorbei. Wir machen uns von der Unbefangenheit der Sexualmoral des späten Mittelalters heutzutage kaum die rechte Vorstellung, tragen wir doch noch immer das Bild vom »finsteren Mittelalter« mit uns herum. Aber aus der medizinischen und auch einem Teil der theologischen Literatur ergibt sich ein ganz anderes Bild: der Besuch des Frauenhauses galt als normal, die Dirnen spielten eine festumrissene Rolle in der Gesellschaft. Das Mittelalter folgte noch immer der augustinischen Meinung, daß die Prostitution eine bestimmte Funktion in der christlichen Gesellschaft habe, da sie einem Überhandnehmen der Sittenlosigkeit vorbeuge. Es sei besser, daß ein Mann eine Dirne besuche, als daß er außereheliche Beziehungen mit einer verheirateten oder gar unverheirateten Frau unterhalte. Die Prostitution erscheint als Schutz gegen Unzucht und Ehebruch. So wurden die Dirnen zu einem

eigenen, wenn auch mindergeachteten Stand; ihr Tun galt nicht als Unzucht, wie ein Gesetz Friedrichs II. von Hohenstaufen belegt: »Eine Frau, die ihren Körper für Geld feilbietet, ist nicht der Unzucht anzuklagen. Wir verbieten jegliche Gewalttat gegen sie, untersagen ihr aber, unter ehrbaren Frauen zu wohnen.«

Seit dem 12. Jahrhundert gab es in zunehmendem Maße Bordelle – Frauenhäuser, die nicht nur von Privatpersonen, sondern auch von den Städten, von weltlichen und geistlichen Fürsten betrieben wurden. Der Besuch des Frauenhauses war etwas völlig Normales, zumal in einer Gesellschaft, die über eine große Anzahl dauernd oder auf Zeit zölibatär lebender Männer verfügte. Unterdrückung des Geschlechtsverkehrs hingegen galt als krankmachend. In der schon mehrfach angeführten Humoralpathologie war die Ausscheidung von Körpersäften für die Aufrechterhaltung der Gesundheit von großer Wichtigkeit. Die mittelalterlichen Ärzte kennen neben dem männlichen auch den weiblichen Samen, der beim Koitus aus der Gebärmutter in die Scheide entleert wird. Kommt es nicht in regelmäßigen Abständen zum Koitus, so hilft der Körper sich zunächst damit, daß er die angestauten Säfte ausscheidet, beim Mann durch Pollutionen, bei der Frau durch Ausfluß. Dies aber ist nur ein Hilfsmechanismus, auf die Dauer muß die Zurückhaltung zu schweren Erkrankungen führen. Eine ganze Reihe von Krankheitserscheinungen werden auf solche Störungen zurückgeführt, unter ihnen die Melancholie und die Hysterie. Angezeigte Therapie war primär der Koitus, der ja bei beiden Geschlechtern die notwendige Entleerung bringen sollte. Unverheiratete Mädchen oder Witwen erhielten nicht selten den ärztlichen Rat, bald zu heiraten. Schien dies nicht realisierbar, so wurde eine Behandlung empfohlen, die in Einreibungen der Vulva und der Scheide mit Öl durch eine Hebamme oder durch die Patienten selbst bestehen sollte, mit dem Ziel, einen Samenerguß herbeizuführen. Es handelt sich hier also eindeutig um die ärztliche Verordnung der Onanie der Frau. Dem Manne wurde ebenfalls die Onanie, weit häufiger jedoch die Ausführung des Koitus empfohlen. Für ihn konnte der Besuch des Frauenhauses durchaus auf ärztlichen Rat erfolgen. So nimmt es nicht wunder, daß man Gefangenen Zeit und Geld zur Verfügung stellte, damit sie ins Frauenhaus gehen konnten. Der Besuch des Frauenhauses mußte nicht in Heimlichkeit, sondern konnte in aller Offenheit geschehen. 1414 beleuchtete die Stadt Bern, als Kaiser Sigismund Gast in ihren Mauern war, die Frauenhäuser und zahlte für Kaiser und Gefolge den Besuch dortselbst. Dafür bedankte sich der Kaiser öffentlich beim Berner Stadtmagistrat. Ein Abgeordneter der Stadt Frankfurt führte bei seinem Besuch in Köln auch den Besuch des Frauenhauses auf seiner Spesenliste auf, in Straßburg schrieb ein ehrlicher

Beamter, der die vom Frauenhaus zu zahlenden Gelder eintreiben sollte: »Hab a gebickt, thut 30 Pfennig.«
All das wurde in wenigen Jahren anders. Im Gefolge der Syphilis verfielen Bordelle und Bäder: »Wer den einen Fuß im Frauenhaus hat, hat den anderen im Hospital«, wurde zum Sprichwort. Aber nicht nur Institutionen verfielen. Ein ganzes Lebensgefühl wandelte sich, wie Schopenhauer erkannte:

»Die venerische Krankheit erstreckt ihren Einfluß viel weiter als es auf den ersten Blick erscheinen mag, indem derselbe keineswegs ein bloß physischer, sondern auch ein moralischer ist. Seitdem Amors Köcher auch vergiftete Pfeile führt, ist in das Verhältnis der Geschlechter zueinander ein fremdartiges, feindseliges, ja teuflisches Element gekommen, infolge wovon ein finsteres und furchtsames Mißtrauen es durchzieht, und der mittelbare Einfluß einer solchen Änderung in der Grundfeste aller menschlichen Gesellschaft erstreckt sich mehr oder weniger auch auf die übrigen geselligen Verhältnisse.«

Syphilis im 20. Jahrhundert

Die Therapie der Syphilis blieb erfolglos bis in die Anfänge des 20. Jahrhunderts. Unter dem Eindruck des Erfolges der Serumtherapie gegen die Diphtherie versuchte man, auch für die Syphilis eine Serumtherapie zu entwikkeln. Die Arbeiten von Albert Neisser, der ein solches Serum an jungen Prostituierten zu entwickeln suchte, die nichts von diesen Versuchen wußten, haben letztendlich dazu geführt, daß zum ersten Mal über den Versuch am Menschen und dessen ethische Bewertung nachgedacht wurde. 1905, also sehr spät, wurde die Spirochaeta Pallida als Erreger der Syphilis entdeckt, und als Schaudinn und Hoffmann ihre Entdeckung vortrugen, hat ein berühmter Berliner Professor die Sitzung mit den Worten geschlossen: »Damit schließe ich die heutige Sitzung bis zur nächsten Entdeckung des Syphiliserregers.« Aber die Syphilis war auch die erste Krankheit, die man ätiologisch therapieren konnte. Paul Ehrlich entwickelte zusammen mit Hata ein Mittel, das Salvarsan, die magische Kugel, die zu suchen er sein ganzes Leben bemüht gewesen war. Obwohl damit zum ersten Mal ein wirksames Medikament gefunden war, ging die Durchseuchung mit der Syphilis nur langsam zurück. Nicht nur wegen seiner Nebenwirkungen führte das Salvarsan zu Diskussionen, sondern man warf Ehrlich auch vor, er würde dem lieben Gott ins Handwerk pfuschen und die Strafe für sexuelle Verfehlungen mit seinem Salvarsan beseitigen.
Es zeigte sich, daß allein die Entdeckung eines wirksamen Mittels nicht ausreichte, um eine Krankheit wie die Syphilis in den Griff zu bekommen. Schon 1902 war die Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Deutschland von dem damaligen Berliner Dermatologen Blaschko

gegründet worden, und noch in der Weimarer Zeit hat diese Gesellschaft eine ganz entscheidende Rolle gespielt. Nicht deswegen, weil sie Therapie trieb, sondern weil sie ein ganz anderes Konzept verfolgte: Aufklärung über Sexualität und über Geschlechtskrankheiten stellte sie an die erste Stelle. In Berlin war in den ersten Jahrzehnten des Jahrhunderts die Sexualwissenschaft begründet worden. Sexualwissenschaft und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wurden zu einem öffentlichen Thema. Auf drei Wegen versuchte man die Geschlechtskrankheiten zu bekämpfen: durch die Veränderung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, durch eine nachgehende Fürsorge und durch eine umfassende, sehr drastische Aufklärungskampagne. Vor allem Georg Löwenstein hat die Aufklärung über die Geschlechtskrankheiten in Berlin vorangetrieben. Als Stadtarzt hielt er in Schulen und Betrieben, in wissenschaftlichen und politischen Versammlungen seine Aufklärungsvorträge. 1929 schrieb er:

»Zu fordern sind das Verbot aller reglementierungsähnlichen Kollektivmaßnahmen, Abstellung der Entscheidung stets auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelfalles, Ersatz der mit Zwang verbundenen Kollektivmaßnahmen durch die Methode vorbeugender und nachgehender Gesundheitsfürsorge und schließlich Gesundheitsaufklärung über die Krankheit und zwar nicht da, wo Interessierte sowieso hinkommen, sondern in den Gesellenvereinen, in den Gewerkschaftsversammlungen, in den Schulen.«

Aufklärung war das Mittel, das zu einem Erfolg in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten führte.

Anmerkung

* Ich zitiere Fracastoros Gedicht nach der deutschen Übersetzung von Ernst Alfred Seckendorf aus dem Jahre 1930, die erst 1960 von Walther Schönfeld herausgegeben wurde. Seckendorf, ein jüdischer Dermatologe in Fürth, der bedeutende Beiträge zur Syphilisforschung geliefert hat, wurde 1938 aufgrund der Nürnberger Gesetze zu zehn Jahren Zuchthaus verurteilt, 1942 in das Straflager Rottgau/Dieburg verlegt und ist dort unter nicht geklärten Umständen zu Tode gekommen. Das Amtsgericht Fürth hat am 20. 4. 1950 fälschlicherweise den 31. 12. 1941 als Zeitpunkt des Todes festgesetzt. Dem Andenken Ernst Alfred Seckendorfs ist dieser Beitrag gewidmet.

Der Mensch – sein Wesen und Schicksal in anthroposophischer Anschauung

Werke von Rudolf Steiner

Einführung in die Anthroposophie

Rudolf Steiner: Ausgewählte Texte
Herausgegeben und kommentiert von Walter Kugler

Einführung in die wesentlichsten Grundzüge der Anthroposophie und ihre praktische Anwendung in verschiedenen Lebensbereichen.

Rudolf Steiner Taschenbuch 656
304 S., 20 Abb., sFr. 13.80/DM 15,80

Theosophie

Einführung in übersinnliche Welterkenntnis und Menschenbestimmung

In diesem Grundwerk der Anthroposophie wird die leibliche, seelische und geistige Wesenheit des Menschen behandelt sowie, u.a., der Gedanke über Wiederverkörperung des Geistes und Schicksal entwickelt.

Rudolf Steiner GA, Bd. 9, 214 S.
Leinen sFr. 29.50/DM 34,50
Rudolf Steiner Taschenbuch 615
sFr. 9.80/DM 11,80

Die Offenbarungen des Karma

Aus dem Inhalt: Krankheit und Gesundheit in Beziehung zu Karma / Heilung und Unheilbarkeit in Beziehung zu Karma / Elementarereignisse, Vulkanausbrüche, Erdbeben, Epidemien in Beziehung zu Karma.

Rudof Steiner GA, Bd. 120, 230 S.
Leinen sFr. 36.–/DM 42,–
Rudolf Steiner Taschenbuch 620
sFr. 11.80/DM 13,80

Die Erkenntnis des Übersinnlichen in unserer Zeit

und deren Bedeutung für das heutige Leben

Aus dem Inhalt: Der Ursprung des Leides / Ursprung des Bösen / Wie begreift man Krankheit und Tod? / Weisheit und Gesundheit

Rudolf Steiner GA, Bd. 55, 278 S.
Leinen sFr. 33.50/DM 39,50
Rudolf Steiner Taschenbuch 684
sFr. 11.80/DM 13,80

Anthroposophische Menschenerkenntnis und Medizin

Aus dem Inhalt: Richtlinien zum Verständnis für die auf anthroposophische Geisteswissenschaft aufgebaute Heilmethode / Was kann die Heilkunst durch eine geisteswissenschaftliche Betrachtung gewinnen?

Rudolf Steiner GA, Bd. 319, 256 S.
Leinen sFr. 39.–/DM 46,–

Über Gesundheit und Krankheit

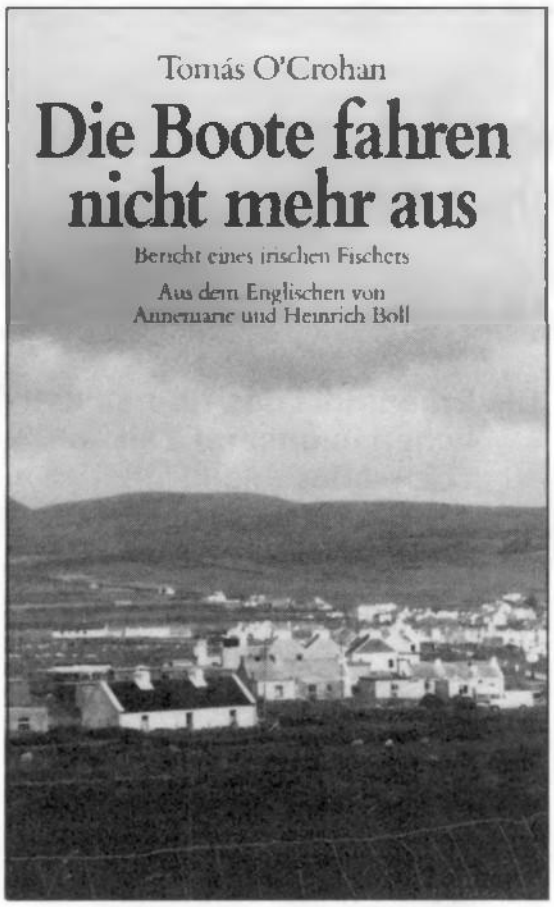
Grundlagen einer geisteswissenschaftlichen Sinneslehre

Aus dem Inhalt: Über die Weltlage. Krankheitsursachen / Die Krankheiten im Verlauf der verschiedenen Lebensalter / Vom Leben der Seele im Atmungsprozess / Wodurch werden wir von einer Krankheit befallen?

Rudolf Steiner GA, Bd. 348, 348 S.
Leinen sFr. 46.–/DM 54,–
Kart. sFr. 36.–/DM 42,–

Erhältlich durch jede Buchhandlung

RUDOLF STEINER VERLAG, DORNACH/SCHWEIZ



Drei Meilen vor der Küste der County Kerry, am äußersten Westrand von Irland, liegt die Große Blasket-Insel, die »Gemeinde, die Amerika am nächsten liegt«, wie die Einwohner sagten. Hier gab es bis in die dreißiger Jahre hinein noch eine fast unversehrte frühzeitliche Welt, wie sie sonst in Europa kaum noch zu finden war.

Der Fischer und Bauer Tomás O'Crohan (1857–1937) erzählt als einer, der diese Welt noch erlebt hat und gar keine andere kannte: von tollkühnen Meeresfahrten und Jagden, von Festen mit Spiel und Trunk, von bitterem Hunger, wenn der Fischfang mißglückt, von Saus und Braus, wenn der Wind das willkommene Strandgut eines verlorenen Schiffes an Land spült.

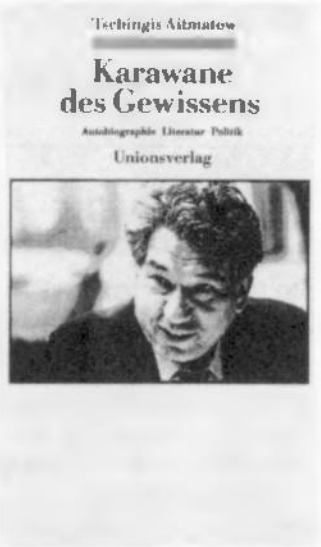
O'Crohans Bericht gilt als einer der wichtigsten gälischen Schriftstücke. Bernd Späth schreibt in den »Nürnberger Nachrichten«: »In der geschliffenen Übersetzung von Annemarie und Heinrich Böll ist dieses Buch ein Lese-Erlebnis für alle Altersklassen.«

Tomás O'Crohan: Die Boote fahren nicht mehr aus – Bericht eines irischen Fischer, 303 Seiten, 19,80 DM. Erschienen bei:

Lamuv

Bitte fordern Sie unser kostenloses Gesamtverzeichnis an:
Lamuv Verlag
Düstere Straße 3, 3400 Göttingen

Aitmatow



Tschingis Aitmatow
Karawane des Gewissens
Autobiographie, Literatur, Politik

Dieser Sammelband bietet eine Fülle von erhellenden Bezügen zu Leben und Werk von Aitmatow. Er erzählt von seiner Jugendzeit, über sein kirgisisches Heimatdorf, von den harten Erfahrungen unter Stalin. Er antwortet auf Leserfragen und nimmt Stellung zu Kritiken an seinen Werken. Die politischen Texte, ob Essays, Reden oder Gespräche, zeigen Aitmatow als mahnenden Zeitgenossen, der auch in den Zeiten des offiziellen Schweigens zu seiner Verantwortung stand.
Hg. von Friedrich Hitzer, 290 Seiten, gebunden, Photos, 29.–

Unionsverlag

Zollikerstrasse 138 CH-8034 Zürich (0041) 01/55 72 82

Thomas Gorsboth / Bernd Wagner
Die Unmöglichkeit der Therapie
Am Beispiel der Tuberkulose

> »Gar manche Vertreter der heute noch mächtigen kontagionistischen Schule sind vortreffliche Techniker, aber sie sind an schöpferischen Ideen allmählich so steril geworden, wie ihre geliebten Nährböden.«
> Adolf Gottstein (1903)[1]

Das Problem des gesellschaftlichen Umgangs mit der Tuberkulose ist so virulent wie der Krankheitserreger selbst. Im Januar 1988 wurde die New Yorker Bevölkerung auf das Wiederaufleben einer Krankheit hingewiesen, die seit Jahren als überwunden galt: die Tuberkulose, auch Schwindsucht genannt oder, wie die Mediziner zu sagen pflegen, die Phthisis. Diese Krankheit, die vor allem im 19. Jahrhundert und noch in den vierziger Jahren die Ärzte in Atem hielt und zahlreiche Opfer forderte, verschwand in den westlichen Industriegesellschaften seit den sechziger Jahren in die Marginalität. Umso überraschender mußte es wirken, als 1979 die bekanntgewordenen Tuberkulosefälle in New York dramatisch anstiegen und sich bis 1986 fast verdoppelten. Weniger überraschend ist dagegen, daß vor allem Obdachlose und Drogenabhängige Opfer dieser Krankheit sind: Der Rinnstein, die Parkbank, das »shelter«, das unbeheizte, zum Abriß freigegebene Haus, die letzten Zufluchtsorte dieser ungeliebten ›Randgruppe‹, und der drogengeschwächte Körper fordern ihren Tribut. Unter den Opfern dieser ›weißen Pest‹ ist die männliche schwarze und die aus Lateinamerika kommende Bevölkerung am stärksten vertreten. Auch die Wohnviertel mit den höchsten Tuberkuloseraten sind bekannt: Harlem und die Lower Eastside. Dagegen blieben die vornehmen, vor allem von Weißen bewohnten Vorstadtviertel New Yorks von dieser Krankheit bislang verschont.
Die Tuberkulose gehört denn auch zu jenen Krankheiten, die die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod auch in Wohlstandsgesellschaften widerspiegeln, wenn das soziale Netz zu grobmaschig gewoben wurde. Daß die 1986 in New York gezählten 2200 und in den USA verzeichneten fast 23 000 Tuberkulosefälle bei den Gesundheitsbehörden Besorgnis erregen, findet seine Erklärung nicht zuletzt in der historischen Erfahrung mit dieser ›heimtückischen Krankheit‹. 1918 starben in den USA 118 000 Menschen an Tuberkulose, in Deutschland wurde die Anzahl der Tuberkulösen in der ersten Dekade des 20. Jahrhunderts auf eine Million Menschen geschätzt. Als Ursache dieser ›Volksseuche‹ erkannten einige Zeitgenossen vor allem Ernährungs- und Wohnverhältnisse, aber auch den von Alkohol ge-

schwächten Körper. Nicht eine auf Obdachlose oder Süchtige zu reduzierende Minderheit, sondern die sozialen Unterschichten in ihrer Gesamtheit waren Opfer dieser Krankheit.[2]

Im folgenden soll dargestellt werden, daß einerseits das Aufspüren des Tuberkelbazillus kein voraussetzungsloses Ereignis war, andererseits seine Folgen bei weitem überschätzt worden sind. Sodann wird die Skandalgeschichte des Tuberkulins, eines Tuberkulosetherapeutikums, erzählt: Genaues Quellenstudium, die Berücksichtigung der zeitgenössischen Memoirenliteratur sowie die Würdigung der von Eschenhagen in einer unveröffentlichten Dissertation vorgelegten Dokumente zwingen zu einer hier erstmals versuchten Neuinterpretation des schon so oft geschilderten Geschehens. Es folgt eine historische Skizze des Innenlebens deutscher Lungenheilstätten, die vor allem den Patienten als Objekt ärztlicher Zurichtung in den Vordergrund stellt.

Ein Parasit wird gesichtet

Die wissenschaftliche Erforschung der Tuberkulose scheint untrennbar verknüpft zu sein mit dem Namen Robert Kochs. Seine im März 1882 einem akademischen Publikum präsentierte Entdeckung galt Koch-Biographen immer wieder als besonders glanzvolle Forschertat, als mit strengster methodischer Disziplin herbeigeführte Einzelleistung. Dahinter stehen in Wahrheit aber Zufall und Geschichte gleichermaßen, die das Ereignis weniger als einsamen Geniestreich erscheinen lassen. Dabei genügt nicht der Hinweis auf das Anfang der achtziger Jahre erreichte beachtliche Niveau des Mikroskopierens und anderer Mikrotechniken, die inzwischen – durch Fortschritte in der Optik und der Herstellung synthetischer Farbstoffe stimuliert – einen deutlichen Sprung von der handwerklichen Kunstfertigkeit zur Wissenschaft gemacht hatten.[3] Als Robert Kochs Lehrer Jacob Henle schon 1840 epidemische Krankheiten mit belebten Krankheitserregern (contagium animatum) erklären wollte und zugleich genaue Kriterien für den Nachweis derselben fomulierte[4], hatte die Herrschaft des sogenannten Antikontagionismus, ob er nun – wie bei der Cholera – von miasmatischen oder – wie bei tuberkulösen Erscheinungen – von hereditären Auffassungen inspiriert war, einen Höhepunkt erreicht.

Auch Rudolf Virchow, der die Medizingeschichte der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts folgenschwer beeinflußte, vertrat das antikontagionistische Konzept. Als Begründer der Zellularpathologie auf pathologisch-anatomische Gewebsveränderungen fixiert, wollte er den Begriff der Tuberkulose ausschließlich auf den Befund des Tuberkels, eines von ihm geradezu

doktrinär definierten Gewebeknötchens, beschränkt wissen. Skrofulose und Schwindsucht – letztere hatte René Laënnec bereits 1819 mit tuberkulösen Affektionen in Zusammenhang gebracht – mußten folglich etwas ganz anderes sein. Obwohl Virchow in seiner 1865 erschienenen klassischen Geschwulstlehre, seine Hereditätsauffassung stützend, behauptete, keiner habe jemals auf experimentelle Weise Tuberkel hervorrufen können[5], war der Beweis des Gegenteils schon über zwanzig Jahre alt: Hermann Klencke (der sich natürlich unter einem Virchowschen Tuberkel noch nichts vorstellen konnte) hatte 1843 den Nachweis der Übertragbarkeit der Tuberkulose im Tierversuch erbracht. Aber bereits Klenckes Versuche wurden, nicht zuletzt aufgrund des antikontagionistischen Zeitgeistes, »in unerhörter Weise missachtet«.[6]

Im Jahr des Virchowschen Diktums verkündete Jean-Antoine Villemin, gestützt auf Reihenexperimente mit Tieren, denen er unter anderem Sputum Tuberkulöser injiziert hatte, die Tuberkulose sei eine Infektionskrankheit, die man auf eine bestimmende, spezifische Ursache zurückführen müsse.[7] Obwohl damit der Erreger als solcher unbekannt blieb, waren die Anhänger des Kontagionismus, der zunehmend attraktiver wurde, von dem Vorhandensein des Parasiten überzeugt.

Welche praktischen Konsequenzen konnte man aus dieser Einsicht ziehen? Wann, wo und wie kommt überhaupt eine tuberkulöse Infektion von Mensch zu Mensch zustande? Experimentelle und spontane Tuberkulose sind ja keineswegs das gleiche. Um Aufschlüsse über den praktisch relevanten Ansteckungsmodus auch im Hinblick auf eventuell zu ergreifende vorbeugende Maßnahmen zu erhalten, begann man sein Augenmerk auf Fütterungs- und Inhalationsversuche zu richten. Daß bei diesen an sich schon recht zweifelhaften Tierexperimenten auch Menschen auf eine kaum weniger fragwürdige Weise einbezogen wurden, erhellt folgender Abschnitt aus einer Anfang der achtziger Jahre verfaßten Versuchsbeschreibung Tappeiners:

»Ich habe eine meiner schweren Patientinnen, eine junge arme Handwerkersfrau in Untermais mit subacuter Tuberculose und deutlich nachweisbaren Cavernen an der linken Lungenspitze dazu bewogen, jedesmal, so oft sie bei Tage hustete, in die 11 Cm. im Durchschnitt breite Gitteröffnung eines kleinen gut geschlossenen Holzkästchens hineinzuhusten und so die zwei darin befindlichen Kaninchen anzuhusten. Die Holzkiste war 50 Cm. lang, 23 Cm. breit und 37 Cm. hoch. An der Vorderseite war eine gut schliessende Schubthüre zum Füttern und Reinigen der Thiere, in deren Mitte die leicht vergitterte runde Oeffnung zum Hineinhusten angebracht war.

So wurden nun durch volle zwei Monate diese Versuchsthiere angehustet, vom 21. Februar bis 22. April. Von der gewissenhaften Ausführung meines ärztlichen Rathes und Wunsches bin ich moralisch überzeugt.«[8]

Der negative Obduktionsbefund der so traktierten Kaninchen verleitete zu der Vermutung, daß nur eingetrockneter, staubförmiger Auswurf gefährlich werden könnte, dagegen eine Tröpfcheninfektion, also eine durch Anhusten verursachte Ansteckung, auszuschließen sei.
Eine gleichsam kulinarische Variante des kombinierten Tier-Mensch-Versuchs unternahm der Franzose Giboux: Hier wurden zunächst die hermetisch in ihren Käfigen eingesperrten Kaninchen mit der durch karbolisierte Watte gefilterten Ausatmungsluft tuberkulöser Patienten geplagt, um anschließend auf dem Tisch der Familie Giboux als Gaumenschmaus kredenzt zu werden. Der findige Gourmet versicherte die Pariser Akademie der Wissenschaften in einer 1882 ergangenen Mitteilung, daß diese besonderen »Stallhasen« sich geschmacklich von ihren wildlebenden Artgenossen nicht unterschieden hätten und seine Familie durch den Genuß jener Delikatesse keinen Schaden genommen habe.[9]
Robert Koch begann als Leiter des bakteriologischen Labors des Kaiserlichen Gesundheitsamtes in Berlin gegen Ende 1881 nach dem mit gutem Grund vermuteten, jedoch immer noch nicht gesichteten Erreger zu fahnden. Die näheren persönlichen Umstände seiner Forschungsarbeit werden von den Koch-Biographen in nahezu schwelgerischer Ausführlichkeit dargestellt, welche damit aber unfreiwillig den zweifellos pathologischen Charakter Kochs offenbaren. Gemäß seinem Wahlspruch »nunquam otiosus« (niemals müßig) schloß er sich zu monatelanger konzentrierter Arbeit in sein Laboratorium ein. Die Krankenpfleger, die ihm bei der Beschaffung sezierter Leichenteile tuberkulöser Menschen behilflich waren, belohnte er mit einem Trinkgeld: »Koch war in diesem Herbst 1881 nicht der Wächter der Kranken und Gesunden von Berlin, sondern der Toten.«[10] In dem auf diese Weise aufgetriebenen tuberkulösen Material hoffte er mit Hilfe der gleichen Methoden, die ihn bei der Entdeckung des Milzbranderregers bereits zum Erfolg geführt hatten, den Tuberkulose verursachenden Parasiten nachzuweisen und zugleich den von seinem Göttinger Lehrer Henle aufgestellten Kriterien zu genügen: den Erreger isolieren, in Reinkultur fortzüchten und durch Verimpfung der Reinkultur im Tierversuch die Krankheit übertragen.
Der hinter der von den Biographen belächelten Gelehrtenschusseligkeit hervortretende monomanische Ehrgeiz führte schließlich zum Durchbruch: Nachdem es ihm geglückt war, in einem sehr aufwendigen Verfahren den Tuberkelbazillus sichtbar zu machen, gelang es ihm ebenfalls, die Henleschen Anforderungen vollauf zu erfüllen. Daß dabei trotz des zwanghaften Bemühens, das sich gern als diszipliniertes Arbeiten ausgibt, gerade Ausprobieren, Glück und Zufall eine erhebliche, wenn nicht gar entscheidende

Rolle spielten, wird nur allzu gern verschwiegen, weil es nicht zum Mythos der ›exakten‹ Naturwissenschaften paßt. Seinem großen Auftritt vor der Physiologischen Gesellschaft in Berlin stand nunmehr nichts im Wege.
Die technisch-handwerklich erbrachte Leistung wie der virtuose Umgang mit Mikroskop und anderen Mikrotechniken war zwar spektakulär, aber nicht singulär: Paul von Baumgarten hatte – unabhängig von Koch – den Tuberkelbazillus entdeckt und am 18. 3. 1882, sechs Tage vor Koch, einem Ärzte-Auditorium in Königsberg vorgeführt. Allerdings hatte er weder Reinkulturen gezüchtet noch die Spezifität des Parasiten beweisen können.[11]
Das Rätsel der Ätiologie der Tuberkulose schien Koch nun gelöst zu haben: Allein ein spezifischer, parasitärer Mikroorganismus, der Tuberkelbazillus, verursachte die Infektion und den Ausbruch der Krankheit Tuberkulose, die wesentlich mehr umfaßte als den Virchowschen Tuberkel; ausschließlich der Tuberkelbazillus galt nun als Kriterium für die Diagnose der Krankheit ›Tuberkulose‹. Obgleich dies trivial, weil monokausal klingen mag, liegt hier doch ein Paradigmawechsel der Medizin begründet, der eine enorme Resonanz in fachwissenschaftlichen Kontroversen fand. In einem Standardwerk zur Schwindsuchtslehre wurde 1887 kategorisch verkündet:

»Von dieser Thatsache, dass nur der *Koch*'sche Bacillus Tuberkulose machen kann, dass Alles, wo derselbe nicht zu finden, keine Tuberkulose, und Alles, wo er constant gefunden wird, echte Tuberkulose ist, von dieser Thatsache ist auszugehen, ihr muss sich jede andere Betrachtung unterordnen. Wenn unsere bisherigen Lehrsätze und Annahmen mit dieser Thatsache nicht stimmen, so ist nicht der Bacillus in seiner Existenz gefährdet, sondern diese Lehren sind umzugestalten oder aufzugeben.«[12]

Der Papst Rudolf Virchow hatte also in Robert Koch seinen Gegenpapst gefunden. Die Hygiene als medizinische Disziplin erhielt in der Folgezeit ein zunehmend experimentell-bakteriologisches Gepräge; nicht zuletzt deshalb riecht der Begriff ›Hygiene‹ heute noch nach Desinfektionsmittel; eine historisch bedingte Assoziation, die sich übrigens die Werbung für Reinigungsprodukte zunutze macht, indem sie Schokolade naschende Kleinkinder auf blankgeschrubbten Fliesenböden von Toiletten herumrutschen läßt. Bis in die Gegenwart hinein ist hierzulande die Dominanz der Bakteriologie mit ihren Folgedisziplinen in der Hygiene nur höchst mangelhaft durch sozialhygienisch-epidemiologische Methoden beschnitten worden.
Es war eben ein Irrtum des Pettenkofer-Schülers Wolffhügel, die Bakteriologie nur für einen kurzen, höchstens zweijährigen Spuk zu halten. Schon vor der großen Koch-Pettenkofer-Debatte um die Cholera, die als Streit zwischen kontagionistischer Bakteriologie und antikontagionistischer

Miasmentheorie ausgetragen wurde, haben die Anhänger Pettenkofers, des ersten Ordinarius für Hygiene in Deutschland überhaupt, die Arbeiten Kochs kritisch beäugt. In einem Brief vom 3. 11. 1882 schrieb Wolffhügel an seinen Meister:

»... daß Koch's Richtung vorerst nur Anwartschaft auf Erfolge in der höheren Pilzfängerei, im Auffinden spezifischer Formen hat, daß dagegen, wenn sozusagen dieses Feld über kurz oder lang abgegrast ist, eine Wendung ... eintreten muß ... Ich sehe einen großen Katzenjammer dann kommen für alle, welche der modernen Pilzfängerei ein überschwengliches Lob haben zu Theil werden lassen und von ihr allein die endgültige Lösung unsrer epidemiologischen Räthsel noch erwarten. Wie sehr werden noch jene Herren einsehen, daß es unrecht ist, in der Wissenschaft einseitig vorzugehen und gleichsam im Spiele Alles auf eine Karte zu setzen.«[13]

Realistischer war die Einschätzung Emanuel Aufrechts, eines Magdeburger Krankenhausarztes, der befürchtete, »von einigen Autoren, welche ausschließlich Myko-Pathologen sind, und ihrem Gefolge von Heisssporne, vergewaltigt zu werden«.[14]
Überhaupt machte Aufrecht mit seinen unentwegten Stellungnahmen gegen Koch seinem Namen alle Ehre: Noch nach 1900 leugnete er die Infektiosität der Tuberkulosebakterien. Im Gegensatz zu Koch neben der Erblichkeit die je individuell verschiedene Disposition stark betonend, stritt er die spezifische Wirksamkeit des Tuberkelbazillus ab; als Beleg führt er einen drastischen Vorfall an, der sich in seiner Klinik ereignet hatte:

»Ein wegen Delirium tremens Behandelter lag nach dem fast gänzlichen Aufhören seiner Delirien im Bette neben einem im letzten Stadium der Phtise befindlichen Melancholiker. Am Morgen kam der Wärter gerade hinzu, als jener den mit Sputis gefüllten Spucknapf des Phtisikers an den Mund gesetzt hatte. Er entriss ihm den Spucknapf, derselbe war aber schon leer getrunken. Einen Schaden habe ich bei mehrwöchentlicher Beobachtung nicht hervorgehen gesehen.«[15]

Koch hatte das spezifische Agens der Tuberkuloseerkrankungen gefunden; doch diese ätiologische Erkenntnis erzeugte noch lange nicht das für präventive und therapeutische Maßnahmen erforderliche Vermeidungswissen; wie die einprägsame Episode Aufrechts, aber auch schon die dubiosen Fütterungs- und Inhalationsexperimente Giboux' und Tappeiners zeigen, wußte man noch nichts Genaues über die Art und Weise, wie eine Infektion zustande kommt. Dem scheinen die bis auf den heutigen Tag dargebrachten Koch-Huldigungen, die einen Zusammenhang zwischen Aufstöbern des Parasiten und statistisch belegbarem Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit suggerieren, zu widersprechen, ganz so, als lautete die Devise: Gefahr erkannt, Gefahr gebannt![16]
Auch Koch gab sich in seinem legendären Vortrag optimistisch und selbstbewußt:

»Bisher war man gewöhnt, die Tuberkulose als den Ausdruck des sozialen Elends anzusehen, und hoffte von dessen Besserung auch eine Abnahme dieser Krankheit. Eigentliche gegen die Tuberkulose selbst gerichtete Maßnahmen kennt deswegen die Gesundheitspflege noch nicht. Aber, in Zukunft wird man es im Kampf gegen diese schreckliche Plage des Menschengeschlechtes nicht mehr mit einem unbestimmten Etwas, sondern mit einem faßbaren Parasiten zu tun haben, dessen Lebensbedingungen zum größten Teil bekannt sind und noch weiter erforscht werden können.«[17]

Dann schleuderte er seinen Bannfluch gegen den bazillenträchtigen Auswurf der Schwindsüchtigen als Hauptquelle der Infektionsgefahr, der mit gezielten Desinfektionsverfahren beizukommen sei.
Dem erteilte stante pede der Kliniker Aufrecht in einer vor der Ärzteschaft des Regierungsbezirks Magdeburg gehaltenen Rede eine klare Abfuhr:
» ... wir (dürfen) uns nicht hinreissen lassen, anzunehmen, mit der Entdekkung des Tuberkelbacillus sei Alles gethan und nur noch auf diesen zu fahnden ... Im Kampf gegen die Phthise aber lassen Sie uns die socialen Schäden, so wie bisher zu bessern suchen.«[18]
Nur wenig später äußerte sich – ebenfalls aus praktischer Sicht skeptisch und verunsichert – der Arzt Buttenwieser vor der Nürnberger Medizinischen Gesellschaft, der den von Koch aufgenommenen Faden zunächst mit Bedacht fortspann, um ihn dann mit sympathisch-süddeutscher Lebensphilosophie zu verzwirnen:

»... es muss die Desinfection gerade so rigoros gehandhabt werden, wie in den schwersten contagiösen Krankheiten, Cholera, Pocken, Flecktyphus ... Hiermit ist jedoch der Desinfection noch nicht in vollem Umfang Genüge gethan, es bedarf ausserdem der Isolirung der Kranken, der Aufstellung eigener Wärter etc. – Sie werden mir zustimmen, meine Herrn Collegen, dass ein so schwerfälliger Apparat am Platze sein mag bei Seuchen, die, wie Cholera und Blattern, rasch wie ein Meteor auftauchen und ebenso wieder verschwinden, nimmermehr aber zu allen Zeiten, in allen Zonen in ununterbrochener Folge die Geissel der Menschheit gewesen ... Muss da nicht selbst den Arzt bei solchem Gefühle der Ohnmacht Verzweiflung ergreifen? Wahrlich, nichts wäre so geeignet, alle Bande der Liebe und Freundschaft zu lösen, als die Lehre von der Ansteckungsfähigkeit der Tuberculose. Würde sie in Fleisch und Blut der Laien übergehen, sie würde bewirken, dass Phthisiker wie Pestkranke von den eigenen Angehörigen geflohen würden. Zum Glück hat uns Mutter Natur eine gute Portion Leichtlebigkeit mit auf den Weg gegeben, die uns über manche Klippe hinweghilft.«[19]

Das Tuberkulin-Fiasko

Nachdem für Koch festzustehen schien, daß Maßnahmen zur Sputumdesinfektion wichtiger seien als soziale Hilfe, überließ er es seinen Schülern, sich die Köpfe über die noch verborgenen »Immissionspfade« des Tuberkulose-Parasiten zu zerbrechen; für ihn war die prophylaktische Seite des Problems bis auf weiteres gelöst. In therapeutischer Hinsicht zeichnete sich –

auch für einige Kritiker Kochs – ein gegen den Erreger zielendes Spezifikum gewissermaßen als konkrete Utopie am Horizont ab. Aber das noch so streng beobachtende, mit dem Mikroskop bewaffnete Auge machte den Tuberkelbazillus nicht erschrecken; so einfach war ein »Mercurius der Tuberculose«[20] nicht zu finden. Die bislang einzige, vage Hoffnung bot die im Aufstieg befindliche Heilstättenbewegung, die sich auch für weniger Wohlhabende langsam zu öffnen anschickte. Auf diese günstige Entwicklung mußte es sich wie ein Hemmnis auswirken, als Koch anläßlich des im August 1890 in Berlin stattfindenden Zehnten Internationalen Medizinischen Kongresses zu einer gezielten Indiskretion ausholte: Endlich habe er ein Mittel gefunden, vermöge dessen die Tuberkelbazillen sowohl im Reagenzglas als auch im Tierexperiment ohne Nebenwirkungen für den Gesamtorganismus erfolgreich angegriffen werden könnten! Gegen Ende seiner Ausführungen beteuerte er, lediglich der Wunsch, eine Anregung zu verstärkter internationaler Forschung auf diesem Gebiet zu geben, habe ihn zu dieser Mitteilung bewogen, obwohl seine Versuche »noch nicht abgeschlossen« seien.[21]

Diese Versicherung ist aber in mehrfacher Hinsicht in Zweifel zu ziehen; auch wenn die Historiographen Koch jeglicher Verantwortung für den Tuberkulin-Flop zu entheben versuchen. Einerseits wurde Koch sicherlich insofern von der preußischen Staatsregierung benutzt, als diese sehr daran interessiert war, ihn vor 8000 Kongreßteilnehmern aus aller Welt gleichsam als akademisches Paradepferd in der für Versammlungszwecke umgerüsteten Manege des Zirkus Renz vorzuführen; hatte sie doch sonst keinen mit Louis Pasteur halbwegs Konkurrenzfähigen in ihrem Aufgebot. Andererseits sah sich Koch einem wachsenden Unmut vor allem seitens der Kliniker konfrontiert, welche, pragmatisch Aufwand und Nutzen der bakteriologischen Methodik abwägend, konstatieren mußten, daß bislang eben noch kein einziger an Schwindsucht leidender Patient durch Kochs Entdeckung geheilt worden war. So hoffte er mit seiner Ankündigung die Leistungsfähigkeit der Bakteriologie aufs Neue zu beweisen, um zuletzt doch noch die Palme davonzutragen.

Die Kongreßteilnehmer feierten die in der Tat wenig konkreten Verlautbarungen Kochs mit überschwenglicher Begeisterung, welche in »den wenig würdigen Szenen«[22] eines Massenbesäufnisses ihren Höhepunkt fand, zu dem der Berliner Magistrat ins Rathaus geladen hatte. Der Heilstättenarzt Felix Wolff erinnert sich:

»Nichts charakterisiert den tiefen Eindruck der Kochschen Verkündigung mehr, wie meine wenig später erfolgende Begegnung mit einem Hygieniker größten Rufes. Er trat mir mit trübem Gesicht entgegen, voll Bedauern, daß ich wohl meine Anstalt wegen Heilung aller

Lungenkranken werde schließen müssen, er werde sich eine Sammlung von Tuberkulosepräparaten und Kulturen usw. zulegen, da diese in kurzem zu den größten Raritäten zählen würden.«[23]

Für die folgenden drei Monate zog sich Koch – vom Kultusminister Goßler von allen Lehrverpflichtungen beurlaubt – in sein Laboratorium zurück, um energisch die Herstellung des Therapeutikums voranzutreiben. Ein von recht heftigen Symptomen begleiteter Selbstversuch hielt ihn nicht davon ab, seine über dreißig Jahre jüngere Geliebte Hedwig Freiberg für einen weiteren Versuch heranzuziehen.[24] Am 13. November 1890 erschienen als Extraausgabe der *Deutschen Medizinischen Wochenschrift* Kochs »Weitere Mitteilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose«, in denen er erste klinische Erfolgsmeldungen bekanntgab, über die genaue Zusammensetzung des Mittels indessen nichts verriet und dieses lediglich als »aus einer bräunlichen klaren Flüssigkeit« bestehend umschrieb. Geschickt plazierte er in einer Fußnote die genaue Anschrift der Bezugsquelle, an die sich alle interessierten Ärzte wenden könnten.[25]
Dies kam angesichts der ohnehin bis aufs äußerste gespannten öffentlichen Aufmerksamkeit für die Arbeiten Kochs und des drängenden Genesungswunsches Tausender von Tuberkulösen einem ziemlich unverhohlenen Aufruf zum Massenexperiment gleich. Trotz der Risiken des neuen Präparats erfolgte im Vertrauen auf das Nationalgenie Koch ein an Massenhysterie grenzender Ansturm; binnen kurzem wurde Berlin zum Mekka der Schwindsüchtigen, die sich dort an Ort und Stelle das heißbegehrte Lebenselixier einspritzen lassen wollten. Wegen der immensen Nachfrage war das Wundermittel jedoch schnell vergriffen – für ein Gramm wurden bis zu 1000 Dollar geboten –, so daß viele Patienten und auch Ärzte unverrichteter Dinge wieder abreisen mußten.[26]
Zurückblickend auf seine Studentenzeit in Greifswald schildert der spätere Schrittmacher der Sozialhygiene Alfred Grotjahn den Rummel, den Kochs Medikament auch in der Provinz auslöste:

»Auch für Greifswald kam endlich der große Tag, an dem in der inneren Klinik die ersten Impfungen mit Tuberkulin vorgenommen werden sollten. Es wurde begangen wie etwa eine Grundsteinlegung oder eine Denkmalsenthüllung. Lorbeerbäume bildeten den Hintergrund, von dem sich Ärzte, Schwestern und Patienten in schneeigem Weiß und der Chef im schwarzen Bratenrocke abhoben: Festrede des Internisten, Vollzug der Impfungen an auserwählten Kranken, donnerndes Hoch auf Robert Koch! Es begann eben auch in der Medizin damals etwas laut herzugehen: Der Theaterdonner der Epoche Wilhelms II. hat auch Medizin und Hygiene nicht verschont.«[27]

Unter Hinweis auf die (von ihm selbst herbeigeführte) Explosion der Nachfrage schrieb Koch gegen Ende November an Goßler, daß er keinesfalls

daran denke, Patent oder Produktion der Heilsubstanz in staatliche Hände zu legen, sondern daß er sich mit seinen beiden Mitarbeitern das alleinige Herstellungs- und Verkaufsrecht vorbehalten werde. Anfang Dezember stellte er – nunquam otiosus – folgendes Rechenexempel auf: Bei einem Preis von 25 Mark pro 5 cm^3 Tuberkulin schätzte er seinen realisierbaren Reingewinn auf stolze 4 1/2 Millionen Mark jährlich, eine für damalige Verhältnisse astronomische Summe! Entsprechend begeistert reagierte das Kultusministerium, das aber immerhin eine einmalige Dotation von insgesamt 1 1/2 Millionen herausspringen lassen wollte. Mit dem aktuell klingenden Argument, er könnte ja auch in die USA gehen, lehnte Koch die Dotationslösung ab. Die Graue Eminenz des Kultusministeriums Althoff bemerkte zu den Absichten Kochs: »Sein Standpunkt war folgender: er wolle nicht vom Staat dotirt [werden], sondern umgekehrt den Staat dotiren.«[28] In den nächsten Tagen ließ sich Koch aber bereden und einigte sich mit Kultus- und Finanzminister auf den doppelten Betrag von drei Millionen, wobei die zweite Hälfte an eine Erfolgsgarantie geknüpft wurde. Doch ein Machtwort von Reichskanzler Leo von Caprivi zerstörte das so sorgsam ausgehandelte Geschäft; am ersten Weihnachtstag erinnerte sich Caprivi an die ›Dichter-und-Denker-Tradition‹ der Deutschen:

»Wir würden uns einen schweren Nachteil zufügen, wenn wir auf einem Gebiete, auf welchem Deutschland sich bisher des unbestrittenen Rufes idealen Strebens erfreute, den deutschen Denker als gewinnsüchtig erscheinen ließen. Kann sich Herr Dr. Koch auf diesen Standpunkt nicht stellen, so ist es, nach meinem unmaßgeblichen Dafürhalten, Sache der Staatsregierung, das wenigstens nicht nach außen zu offenbaren.«[29]

Die schwierige Aufgabe, Koch zu einem ›idealen‹ Standpunkt zu bekehren, erledigte sich sozusagen von selbst, indem unterdessen laut werdende kritische Stimmen seine Verhandlungsbasis ins Wanken brachten. Otto Heubner, der im November 1890 eigens nach Berlin gereist war, entsinnt sich in seiner Lebenschronik der zu dem allgemeinen Freudentaumel stark kontrastierenden Eindrücke, die auf ihn einstürmten:

»Die hochgradige sichtbare Reaktion der Lungen auf Einspritzung des ominösen Saftes war imponierend; aber was sollte man dazu sagen, wenn emphatisch proklamiert wurde: ›Glänzende Wirkung des Tuberkulins, Temperatursteigerung auf 40° und darüber‹ bei einem Lungenkranken. Fragte man diesen hinter den Kulissen nach seinem Befinden, so ertönte regelmäßig die Antwort: ›Mir ist es hundeschlecht, viel schlechter als vor der Behandlung!‹«[30]

Obwohl also das neue Phthisiotherapeutikum, ein aus den Reinkulturen von Tuberkelbazillen gewonnenes Glyzerinextrakt, bei den Patienten augenscheinlich derart mißlich anschlug, feilschte Koch noch den ganzen Dezember über mit der Regierung um die Honorarfrage. Es muß sich bei diesem Mißerfolg zunächst um eins der am besten gehüteten Geheimnisse

Berlins gehandelt haben, bis auch unbefangenen Beobachtern der Reinfall nicht mehr verborgen bleiben konnte. Der damals etwa zwölfjährige Theodor Brugsch erinnert sich an ein für die Zwecke der Tuberkulintherapie umgewandeltes Kaffeehaus:

»... ich weiß nur von den damaligen täglichen Spaziergängen her, daß wenige Monate später Leichenwagen auf Leichenwagen vor dem Hause hielten. So schnell, wie das Tuberkulose-Kur-Sanatorium eingerichtet und belegt worden war, so schnell war es auch völlig ›ausgestorben‹.«[31]

Auch staatlicherseits wurde man nun hellhörig und temperierte das Finanzpoker. Mitte Januar 1891 ergriff Koch noch einmal öffentlich das Wort. Ohne jedes Dementi und ohne jeden Hinweis auf die notwendige Vorsicht im Umgang mit dem Tuberkulin blieb er starrsinnig bei der Version, das Heilmittel sei durch praktische Erfahrungen in jeder Weise bestätigt worden: »Ich ... kann nur sagen, daß alles, was ich in letzter Zeit gesehen habe, mit meinen früheren Beobachtungen im Einklang steht, und daß ich an dem, was ich früher berichtete, nichts zu ändern habe.«[32] In der gönnerhaften Pose des menschenfreundlichen Forschers versprach er, nunmehr das Rezept des Präparats zu verraten, obwohl er zugleich konzedieren mußte, die genaue Zusammensetzung der Substanz nicht zu kennen, vermittelst derer man »die unter nur einigermaßen günstigen Verhältnissen unverkennbar vorhandene Heilwirkung des Mittels erklären«[33] könne. Im Februar verreiste Koch nach Ägypten, um der drohenden öffentlichen Blamage zu entgehen, war doch inzwischen auch der Verkauf von Koch-Devotionalien – Teller, Tassen, Taschentücher, Aschenbecher und Pfeifendeckel mit Koch-Konterfei – sichtlich zurückgegangen. Am 20. April ließ er verlautbaren, jetzt, da der Tuberkulin-Fehlschlag auch von ihm nicht mehr in Abrede gestellt werden könne, wolle er auf eine Abfindung verzichten, um dem vorläufig verhängten Baustopp beim Institut für Infektionskrankheiten entgegenzuwirken. Weil dies Erfolg hatte, bedankte er sich Anfang Mai bei Althoff unter anderem mit folgenden Worten:

»Sie haben mir damit einen Stein vom Herzen genommen, denn anderenfalls wäre mir nichts übriggeblieben, als um meinen Abschied zu bitten. So ist es aber unzweifelhaft für alle Theile am besten und ich werde Ihnen niemals vergessen, daß Sie mit soviel Hingebung und Wärme meine Sache, selbst als sie von Vielen als verloren angesehen wurde, geführt haben.«[34]

Kochs Ernennung zum Direktor des Instituts erfolgte am 17. August 1891. Die Geschichte des Tuberkulins war damit keineswegs zu Ende. Obschon im April 1891 eine Indikationsstellung für die Anwendung des Tuberkulins nachgereicht wurde, strich Aufrecht gerade wegen Unklarheiten in dieser Hinsicht das Medikament ersatzlos aus der Liste seines Heilmittelarsenals.[35] Aber noch 1910 prahlte Alfred Moeller in seinem *Lehrbuch der Lungentu-*

berkulose damit, »in den letzten Jahren über 50 000 Tuberkulininjektionen« verabreicht zu haben.[36] Als ein diagnostisches Mittel wurde das Tuberkulin in modifizierter Form bis in die Gegenwart hinein verwendet.
Um 1900 haben einige Mediziner zwar das Fiasko eingestanden, sogar »ärztliche Kunstfehler«[37] zugegeben; doch diese Selbstkritik wurde seltsamerweise stets mit einer Ehrenrettung Kochs verknüpft: Man habe zu hohe Dosen verabfolgt, die Ärzte seien zu autoritätsgläubig, die Laien zu ungeduldig gewesen! Koch hingegen habe immer vor zu großem Optimismus gewarnt![38] Diese abenteuerliche Variante einer Weißwaschung, die jeder Quellengrundlage entbehrt, findet sich noch in der gegenwärtigen Robert-Koch-Forschung: Der DDR-Autor Genschorek beispielsweise versucht, Koch als Opfer einer dreifaltigen Übermacht von Staat, Presse und Geschäftemachern zu entschuldigen. Nur so kann Koch als proto-sozialistischer Held, als »ein zutiefst aufrechter, selbstloser Mensch«[39] präsentiert werden. Schon 1907 hatte der Koch-Adept Loeffler gelobhudelt, mit der Entdeckung des Tuberkelbazillus sei Koch »mit einem Schlage zum größten, erfolgreichsten und verdienstvollsten aller Forscher für alle Zeiten«[40] geworden.
Eine Biographie, die kritisch-abwägend Verdienst und Versagen Kochs darstellt, liegt noch nicht vor: Die Interpretationsbedürftigkeit des großen lebensgeschichtlichen Spannungsbogens vom als Landarzt praktizierenden Streber zum exponierten akademischen Tugendbold, der kurzfristig zum Versager der Nation zu werden droht und der sich schließlich als Eskapist auf exotische Infektionskrankheiten kapriziert, liegt auf der Hand.

Die Heilstättenbewegung oder: Der wohldisziplinierte Lungenkranke

Kochs Ankündigung, er habe ein Mittel gegen die Tuberkulose gefunden, löste nicht nur bei Tausenden von Schwindsüchtigen die Hoffnung aus, bald von ihrer Krankheit geheilt zu werden, sie wirkte auch lähmend auf die seit der Mitte der achtziger Jahre einsetzende Heilstättendiskussion. Bis zu dem von Robert Koch eingeleiteten Paradigmawechsel in der Ätiologie der Tuberkulose gab es in Deutschland nur zwei Heilstätten, die zahlungsfähigen Lungenkranken Kuren anboten.
Die erste Lungenheilstätte Deutschlands wurde 1855 von dem Arzt Hermann Brehmer in Görbersdorf (Schlesien) gegründet, die mit dem Versprechen, daß Tuberkulose heilbar sei, wohlhabende Schichten von der Lungenschwindsucht befreien wollte. Brehmers These von der Heilbarkeit beruhte auf seinem Verständnis der Tuberkulose: Diese sei »nur Ausdruck einer andauernd langsamen Ernährung der Lunge resp. des Körpers«, die durch

eine »abnorme Kleinheit des Herzens« und eine »Übergröße der Lungen« verursacht würde. Als er dann noch feststellte, daß in hochgelegenen Regionen Tuberkulosefälle verhältnismäßig selten in Erscheinung traten, glaubte er den prädestinierten, Tuberkulose-›immunen‹ Ort für eine Lungenheilstätte gefunden zu haben. Die Görbersdorfer Heilstätte bot ihren wohlhabenden Patienten vor allem frische Luft, die von ihnen möglichst den ganzen Tag über genossen werden sollte, kräftigende und nahrhafte Speisen und nicht zuletzt Alkohol, der von Brehmer ausdrücklich als »wirkliches Arzneimittel« empfohlen wurde.[41]

Die Frage, wie erfolgreich die von Brehmer gepriesene diätetisch-klimatische Therapie war, ist nur schwer zu beantworten. Nach Görbersdorf kamen jedenfalls zahlreiche Bürger und Adlige aus dem In- und dem europäischen Ausland, die mit einer »schwärmerischen Verehrung und einer festen Zuversicht« an Brehmer hingen.[42] Unter ihnen war auch der Arzt Peter Dettweiler, der fünf Jahre nach seiner Approbation 1868 selbst an Tuberkulose erkrankte und die Görbersdorfer Heilanstalt aufsuchte. Nach seiner Genesung wurde er »einer der ersten Anwälte der Lehre von der Heilbarkeit der Lungenschwindsucht«. Im Gegensatz zu seinem Lebensretter glaubte er jedoch nicht an die These von einem Mißverhältnis zwischen großer Lunge und kleinem Herzen und an das Vorhandensein eines ›immunen Ortes‹, wohl aber an die heilende Wirkung der Luft in hochgelegenen Regionen.[43]

1876 übernahm Dettweiler die Leitung der im Taunus gelegenen Heilanstalt in Falkenstein, die nach dem Görbersdorfer Vorbild betrieben wurde. Um die heilende Wirkung der Luft als integralen Bestandteil der Therapie besser nutzen zu können, begründete er hier die Liegekur, die bis über die Jahrhundertwende hinaus von sämtlichen Lungenheilstätten Europas angeboten wurde: Die Patienten sollten bei gutem Wetter unter freiem Himmel, bei schlechtem Wetter in den geschützten Wandelhallen die für sie bereitstehenden Liegestühle aufsuchen. Und noch bevor Koch den Tuberkelbazillus im Sputum Schwindsüchtiger nachwies, sorgte Dettweiler dafür, daß in sämtlichen Räumen seiner Anstalt Spucknäpfe standen. Um die »widerliche Gewohnheit« des Spuckens zu unterbinden, scheute sich Dettweiler nicht, es eine »Schweinerei« zu nennen, »wenn Fußboden und Teppiche bespuckt« wurden.[44]

Als in der Mitte der achtziger Jahre unter den Ärzten weitgehender Konsens darüber herrschte, daß der von einem »unglücklichen Huster« freigesetzte Bacillus Kochii durch einen »unglücklichen Atemzug« in die Lungen gesunder Menschen gelangen könnte, wurde die Heilstättendiskussion durch die Frage angeregt, »ob es zweckmäßig oder nothwendig sei, Tuber-

culöse zu isoliren, um die Ansteckung ... gesunder Menschen zu verhindern«.[45] Angesichts der vielen hoffnungslosen Tuberkulösen, die im letzten Stadium ihrer Krankheit Krankenhäuser aufsuchten und diese, wie der Direktor der Berliner Charité, Spinola, resignierend sagte, zu »Sterbehäusern« werden ließen, wurde der Ruf nach der Errichtung von Tuberkulosehäusern laut, die jeglichen Kontakt zwischen Gesunden und Kranken unterbinden sollten. Demgegenüber formierte sich eine zweite Gruppe, zu deren Wortführern der heilstättenerfahrene Dettweiler und der Kliniker Ernst von Leyden zählten; sie wollte zum einen die Bevölkerung über die Gefahren und die Mittel zur Abwendung der Tuberkulose aufklären, zum anderen heilbare Tuberkulöse unter Einbeziehung der »minderbemittelten Phthisiker« hospitalisieren. Vor allem von der Heilstättenkur erhoffte sich ihr Protagonist Leyden, daß ein Drittel der hier behandelten Patienten als geheilt und ein weiteres Drittel in ihrer Gesundheit wesentlich gebessert aus den Anstalten entlassen werden könnten.[46]

Die Volksheilstätte, die der krankenversicherten Arbeiterschaft eine Kur ermöglichen sollte, ließ aber noch einige Jahre auf sich warten. Erst als das sagenumwobene Wundermittel ›Tuberkulin‹ sich als ein Flop entpuppte, erhielt Dettweiler die Chance, in der »ersten deutschen Volksheilstätte«, die mit Hilfe von Spenden Frankfurter Bürger 1891 in Falkenstein gegründet wurde, erste Erfahrungen mit diesem Heilstättentypus zu machen. Weitere Volksheilstätten wurden in den folgenden Jahren in der Nähe Berlins und in den Mittelgebirgsregionen errichtet.[47]

Zu einem regelrechten Gründungsboom kam es seit 1895, als die Landesversicherungsanstalten begannen, sich auf das Alters- und Invaliditätsgesetz von 1889 zu berufen, das ihnen erlaubte, eigene Heilstätten zu errichten. Darüber hinaus veranlaßte im November 1895 der Reichskanzler von Hohenlohe die Gründung des ›Deutschen Zentralkomitees zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke‹, das den »Kampf gegen die verheerendste aller Volksseuchen« auf seine Fahnen schrieb. Bis zum Ersten Weltkrieg wurden fast 90 Volksheilstätten gegründet, von denen etwa ein Drittel von den Landesversicherungsanstalten, die anderen von Stiftungen, Heilstättenvereinen und kommunalen Verwaltungen errichtet wurden.

Die öffentlichen Unterstützungsempfänger waren allerdings von den Heilstättenkuren anfangs ausgeschlossen, obgleich sie wegen ihrer »ungenügenden und ungesunden Wohnungen den besten Nährboden für die Lungentuberkulose« abgaben. Erst 1901 fällte das Bundesamt für Heimatwesen, die oberste Spruchbehörde des Deutschen Reiches in Armenstreitsachen, die »hochbedeutsame Entscheidung«, daß die Kosten der Unterbringung von Lungenkranken, die ihren Lebensunterhalt aus Mitteln der kommunalen

Armenkassen bezogen, auch von den Armenbehörden getragen werden müßten.[48]

Obwohl bis zu den vierziger Jahren unseres Jahrhunderts ein Medikament fehlte, mit dem die Krankheit ›Tuberkulose‹ wirkungsvoll geheilt werden konnte, waren die Heilstättenärzte voll des Lobes über ihre Einrichtungen. 1910 glaubte der Heilstättenarzt Bernhard Fränkel, in nicht allzu ferner Zukunft eine tuberkulosefreie Gesellschaft zu sehen. Hoffnungsvoll resümierte er, daß man, »ohne in den Verdacht eines unverbesserlichen Optimisten oder Träumers zu verfallen, behaupten (könne), daß in 40 Jahren die Tuberkulose aufgehört haben wird, als Volkskrankheit von Bedeutung zu sein«.[49]

Mit welchen Mitteln wollten die Heilstätten die Tuberkulose bekämpfen? Leyden betonte in seiner hygienisch-diätetischen Therapie, die mit leichten Abwandlungen von sämtlichen Volksheilstätten angeboten wurde, vor allem drei Aspekte: eine reichliche Ernährung, Abhärtung und körperliche Bewegung und eine »methodische Durchführung der Kur und Schulung des Patienten«. Dem Klima und der Luft, denen Brehmer und Dettweiler eine »mythische« Bedeutung zugeschrieben hatten, maß Leyden außer einer »abhärtenden« keine spezifische Wirkung zu. In der Ernährungsfrage grenzte sich Leyden insofern von dem ersten Heilstättenarzt ab, als er anstatt fetthaltiger Speisen eine »freie, methodische und zielbewußte« Ernährung favorisierte.[50] Probleme besonderer Art ergaben sich allerdings für einige Ärzte, die bis zur Übernahme einer Volksheilstätte vor allem bürgerliche Patienten zu ihrer Klientel gezählt hatten. »Schwierig« sei der wöchentliche Wechsel der Speisen, klagte 1896 der Chefarzt der Volksheilstätte ›Gräfin Pückler‹ in Görbersdorf, weil »das Arbeiterpublicum Geflügel, Wild und Fleische zum Theil als ihm nicht gewohnt refüsirt, weshalb diese Gerichte mit Ausnahme von Gänsebraten gestrichen werden mußten«; in einigen Volksheilstätten scheute man sich nicht, den Lungenkranken die Rumfordsche Suppe, die traditionell von Armenküchen ausgegeben wurde, zu servieren.[51]

In seiner hygienisch-diätetischen Therapie wollte Leyden auch auf Alkohol nicht verzichten, obwohl dessen Anwendung im Vergleich zur Mitte des Jahrhunderts »wesentlich eingeschränkt« worden sei. »Kaum zu entbehren« sei der Alkohol »freilich, um den Muth gebeugter und hoffnungsvoller Patienten zu heben oder um den Appetit und die Leistungsfähigkeit des Magens bei schlecht essenden Patienten anzuregen«.[52]

In der Abhärtung und regelmäßigen körperlichen Ertüchtigungen sah Leyden die vordringlichsten Aspekte der Heilstättenbehandlung: »Gegenüber der Verweichlichung, welche man so oft bei Kranken findet, und welche

durch die Liebe der Familie und zum Theil auch durch die Humanität der Aerzte unterstützt wird, ist Abhärtung ein richtiges Corigenz.« Leyden empfahl eine vom Wetter unabhängige »Dauerluftkur« sowie hydrotherapeutische Maßnahmen; »kalte Waschungen, Begießungen, Einpackungen, Douchen, selbst kurze kalte Bäder« wurden von ihm besonders gepriesen. Darüber hinaus forderte er von den Heilstättenpatienten, regelmäßig zu gehen, »methodisches Bergsteigen« zu betreiben und nicht zuletzt die verschiedensten Sportarten wie »Reiten, Rudern, Radeln, Turnen und Golf-Spiel« auszuüben. »Die Ruhe für tuberkulöse Kranke«, die von einigen Ärzten »eindringlich empfohlen« wurde, war nach Leyden »nur für schwache Körper erforderlich und rathsam«. Aber auch diese Patienten sollten »ganz allmählich« gekräftigt und abgehärtet werden, da die Abhärtung letztlich die »psychische und moralische Widerstandsfähigkeit« erhöhe.[53] Wie die Heilstättenärzte die Psyche und Moral der Phthisiker beurteilten, wird noch zu zeigen sein.

Mit seiner Forderung, »den kranken Körper so (zu) kräftigen, daß er an Widerstandskraft gewinnt«, fand Leyden regen Zuspruch unter den Ärzten der Volksheilstätten. Allerdings plädierten einige Mediziner dafür, die regelmäßigen körperlichen Bewegungen nicht mit Spielereien zu vergeuden, sondern für die Heilstätten ökonomisch zu nutzen: Die vom Arzt verordnete »Arbeitstherapie«, die in der Regel eine tägliche Arbeitszeit von vier Stunden nicht überschreiten sollte, gehörte um die Jahrhundertwende zum Alltag vieler Volksheilstätten.[53a] Den nachhaltigsten Eindruck bei den Patienten wird wohl die »methodische Durchführung der Kur« und die »Schulung« hinterlassen haben. »Das Hauptaugenmerk des Arztes«, forderte 1900 der Leiter einer Heilstätte, sei »darauf zu richten, daß für den Kranken jede Stunde des Tages ihre Bestimmung« habe. Der Kranke müsse »von der Befolgung der Kurvorschriften den ganzen Tag über so in Anspruch genommen sein, daß er sich in viel beschäftigter Tätigkeit glaubt«. Der Volksheilstättenpatient wurde mit Beginn seiner Kur in einen ordnenden Tagesablauf eingebunden, der jegliches Handeln minutiös zu regeln versuchte. Die Ruhe- und Schlafzeiten wurden von der Anstaltsleitung genauso festgelegt wie die zeitliche Abfolge der verschiedenen Mahlzeiten: Der Patient sollte daran »gewöhnt werden, auf ein bestimmtes Zeichen präzise zu den Mahlzeiten (zu) erscheinen (und) das Hungergefühl ... zu einer bestimmten Zeit ein(zu)stellen«.[54] So auch in der Görbersdorfer Heilstätte des Hermann Brehmer, in der die Patienten morgens mit »Trompetensignalen« geweckt und zu den einzelnen Mahlzeiten gerufen wurden. Daß dieses Trompetenritual nicht nur eine Marotte Brehmers, sondern ein wesentlicher Bestandteil des Heilstättenkonzepts war, zeigt der Patient

Busch, der sich in seinen Erinnerungen ausgiebig den in der Görbersdorfer Anstalt aufgehängten Schrifttafeln widmete:

»Die Wände predigen stumm aber doch beredt, wie der Patient sich verhalten soll: ›Das höchste Gut auf Erden ist gesund zu werden‹. Damit der Laie sich inne werde, wie er den Weg zu tun *nie* allein finden, *nie* allein gehen kann, steht bald dahinter der Spruch ›Was versteht der Laie vom gesund werden?‹. Mancher mag diese einfache Frage grob finden, aber wer gehört und gesehen hat, wie gerade dies eingebildete Wissen den Patienten schadet, ja häufig allein am frühzeitigen Tode Schuld ist, der wird zugeben, daß es nothwendig ist, den hiesigen Patienten wenigstens so recht lebhaft daran zu erinnern, daß er vom gesund werden gar nichts versteht. Und wahrlich nicht im Unrecht schließt die Reihe der Sinnsprüche die Sentenz: ›Der Mensch stirbt an seinem Charakter‹.«[55]

Die Konklusion dieser plakativen Belehrung liegt auf der Hand: Ohne Hilfe wird der unwissende Mensch nie das höchste Gut auf Erden erwerben – und diese Hilfe kann ihm nur ein Wissender geben: ein Arzt. Als mit den Volksheilstätten auch den sozialen Unterschichten die Chance einer Lungenheilkur geboten wurde, verschwiegen die Ärzte nicht, was sie über diese Patienten dachten:

»Lungenkranke sind in gewisser Hinsicht wie Kinder zu behandeln. Ebenso wie ein Kind, wenn es richtig erzogen wird, die Befehle der Eltern blindlings auszuführen hat, ohne zu fragen: warum?, geradeso muß ein Lungenkranker die Vorschriften des Arztes befolgen in dem festen Vertrauen, weil sie gegeben sind, deshalb sind sie gut.«[56]

In das gleiche Horn blies der Heilstättenarzt Dettweiler: Die Schwindsüchtigen seien »im Ganzen ein liebenswürdiges und dankbares Volk, sanguinisch bis zum Excess und geradezu pervers im Denken und Handeln, soweit diese ihre Krankheit betreffen«. Diesen Menschen könne nur geholfen werden, wenn der Arzt »die ganze Lebensführung (des Patienten) beherrschen« und an ihm »die intellectuelle und moralische Zurichtung ... versuchen« könne. Dazu sei aber die »genaue Kenntniß des Charakters seines Kranken ... unerläßlich«, da der Arzt wissen müsse, »ob er es mit einem folgerichtig denkenden, zielstrebigen oder mit einem schwachen, confusen Kopfe zu thun« hat.[57]

Die Patientenkarteien der Heilstätten erfaßten deshalb nicht nur persönliche und für den Krankheitsverlauf spezifische Daten, sondern gaben auch Auskunft über »Charakter, Temperament und Intelligenz« des Schwindsüchtigen: Ein cholerischer, phlegmatischer oder sanguinischer Patient konnte vom Arzt als »intelligent« oder »weniger intelligent« beurteilt werden. Und nicht zuletzt wurde vermerkt, ob es sich bei dem Kranken um einen »Querulanten« oder »Besserwisser«, um einen »Onanisten« oder einen »erotischen« Menschen handelte.[58] Vor allem die Sexualität der Schwindsüchtigen regte die Mediziner zu kühnen Gedankenleistungen an. Daß tuberkulöse Männer »meist mit sehr regem Geschlechtstriebe ausge-

stattet« seien und »bekanntlich ... im geschlechtlichen Genuß leicht extravagiren«, gehörte noch bis in die zwanziger Jahre zum Kanon vieler wissenschaftlicher Publikationen, deren Autoren an die Vererbung der Tuberkulose glaubten und diese, mitunter mit drakonischen Maßnahmen, zu verhindern suchten.[59]

In den Heilstätten wurden die Patienten mit ihren »schlechten Gewohnheiten« konfrontiert, von denen sie sich im Laufe der Kur lösen sollten. Ziel der Kur war es denn auch, aus einem »unwissenden ..., teils schlappen und stumpfen, teils oberflächlichen und leichtsinnigen, teils abgemüdeten und verzagten Dutzendmenschen wissende, energische und dabei hoffnungsfrohe und frische hygienische Persönlichkeiten«, kurz, »wohldisziplinierte Lungenkranke« zu machen. Neben der körperlichen sollte in den Heilstätten auch eine »intensive Seelendiätetik« betrieben werden. Die Notwendigkeit eines regelmäßigen Tagesablaufs, einer zweckmäßigen Ernährung und abhärtender Maßnahmen, letztlich auch die »Disziplin des Hustens mit dem Gebrauche des Spuckfläschchens« sollten dem Lungenkranken »in Fleisch und Blut übergehen«, damit er dann außerhalb der Heilstätte unter Gesunden bestehen könne.[60]

Aber auch die intensivste Seelendiätetik nutzte dem Lungenkranken recht wenig, selbst wenn er als geheilt aus der Anstalt entlassen wurde. Friedländer klagte,

> daß auch ein »erzogener Kranker ... auf Schritt und Tritt auf Mißtrauen und Furcht in der Gesellschaft stößt. Nur wenn er den Gesunden markiert, bleibt er unbehelligt und braucht nicht zu fürchten, daß man ihm ausweicht. Es ist gar nicht selten der Fall, daß Kranke lieber ihren Auswurf hinunterschlucken oder heimlich irgendwohin speien, als daß sie sich ... der Spuckflasche bedienen und sich offen als Lungenkranke gerieren. Diese Heuchelei, welche für die Kranken eine ebenso große Ansteckungsgefahr wie für die Umgebung einschließt, wird aber nur von einem Publikum groß gezogen, welches in der Spuckflasche keine Schutzvorrichtung gegen die Infektion, sondern in ihr den Verräter für die Gegenwart eines ansteckenden Kranken sieht. Die Phthisiophobie im Publikum hat eine Höhe erreicht, welche sich zu einer großen Gefahr für Kranke und Gesunde ausbildet.«[61]

Die offensichtliche Diskrepanz von Anspruch und Wirklichkeit der Lungenheilstätten sowie die Unfähigkeit der Medizin, die Tuberkulose zu heilen, ließen nach 1900 Kritiker des Heilstättenwesens auf den Plan treten. Bereits 1903 plädierte Behring dafür, »die hustenden Phthisiker von den noch gesund erscheinenden Menschen abzusondern und nicht in Heilstätten, sondern in Heimstätten unterzubringen in ähnlicher Weise, wie man früher die Aussätzigen in Quarantäne hielt«.[62] Wenn schon die Krankheit ›Tuberkulose‹ nicht geheilt werden konnte, dann sollten wenigstens die Tuberkulösen von den Gesunden isoliert werden.

Mit einer generellen Kritik am Heilstättenwesen trat 1907 Alfred Grotjahn,

der 1912 zum Leiter der Abteilung für Soziale Hygiene am Berliner Hygienischen Institut ernannt wurde, ins Rampenlicht der Kontroverse. Grotjahn würdigte zwar das »ganz besondere Verdienst« der Heilstättenbewegung, auch der versicherten Arbeiterschaft eine Heilstättenbehandlung ermöglicht zu haben, wies aber auch darauf hin, daß der Anspruch der Heilstätten, effektive Maßnahmen gegen die Tuberkulose anbieten zu können, sich zu keinem Zeitpunkt erfüllt habe. Nicht die prognostizierten 30 Prozent der Heilstättenpatienten seien aus den Anstalten als geheilt entlassen worden, sondern nur 3,4 Prozent; überdies seien fünf Jahre nach der Kur nur 31 Prozent der Patienten »nicht invalidisiert« gewesen.

»Die Erzielung dieses Prozentsatzes ist nicht so besonders rühmenswert, wenn man bedenkt, daß die für die Heilstättenbehandlung ausgesuchten Fälle doch nur solche im Anfangsstadium waren. Daß diese auch ohne Lungenheilstättenbehandlung noch jahre- bis jahrzehntelang arbeitsfähig sein können, pflegt unter den Aerzten ... seit langem bekannt zu sein.« Es sei daher »unbegreiflich, wie man sich dieser Zahlen jemals hat freuen können. Sie sind doch eher niederschmetternd.«[63]

In der Tat wurde Schwindsüchtigen im vorgeschrittenen Stadium von den Heilstätten die Aufnahme verwehrt, und selbst schwangere Frauen wurden mitunter abgewiesen, wenn man einen negativen Einfluß der »Gravidität« auf den Krankheitsverlauf befürchtete.[64] Nicht zuletzt wegen ihrer Konzentration auf eine heilbare Minderheit unter den Lungenkranken hatte Robert Koch in seiner Nobelpreisrede (1905) den Heilstätten jeden prophylaktischen Wert abgesprochen. Effektiver seien staatliche Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der Lebensbedingungen der unteren Bevölkerungsschichten abzielen sollten, aber auch die Asylierung von Tuberkulösen in vorgeschrittenen Stadien.[65]
In Anlehnung an Behring und Koch kritisierte Grotjahn die Tendenz einiger Landesversicherungsanstalten, »so luxuriöse und im Bau und Betrieb so teure Anstalten« zu gründen, und sprach sich entschieden für die Einrichtung von »Heimstätten« aus, die mit einem wesentlich geringeren Aufwand unterhalten werden könnten. Da in naher Zukunft kein Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose zu erwarten sei, sah er den Idealtypus der Heimstätte an jenem Ort, wo »der noch rüstige Lungenkranke unter verhältnismäßig günstigen Bedingungen jahrzehntelang rationell lebt und seinen Bruchteil von Arbeitskraft unter ärztlichen Kautelen verwertet«.[66]

Der Spucknapf als Präservativ?

Nicht nur das 1882 von Koch großspurig verkündete Ende der Tuberkulose als eines sozial bedingten Elends war eine Illusion; auch der in den Lungen-

heilstätten betriebene therapeutische Aktionismus erwies sich als Sackgasse. Aber diese Erkenntnis setzte sich erst spät und nur stückweise durch; die unvollständig gebliebene Desillusionierung hat bis heute die gesellschaftspolitische Virulenz der Tuberkulose verschleiert. Vom Spucknapf- und Heilstättenenthusiasmus zu der in den vierziger Jahren entwickelten antibiotischen Chemotherapie ist es nur ein verhältnismäßig kleiner Schritt; er überwindet nicht den Glauben an die letztlich ›unpolitische Vernunft‹ des Tuberkuloseerregers, an die nicht gesellschaftlich bedingte aleatorische Beliebigkeit von Infektion und Erkrankung.

Die Abnahme der Tuberkulosemorbidität und -mortalität ist jedoch eine säkulare, nicht unumkehrbare Entwicklung, die schon vor der Sichtung des Parasiten einsetzte und sich trotz Koch und der Sanatoriengurus vollzog. Sie ging einher mit der allgemeinen Verbesserung der Arbeits-, Wohn- und Ernährungsbedingungen – insofern scheint der Bazillus das kleine Einmaleins der politischen Ökonomie besser zu ›beherrschen‹ als sein Entdekker.

Erst als die schon lange vermutete Differenz von Infektion und tatsächlichem Ausbruch der Krankheit um 1900 durch neue, überzeugende Untersuchungsbefunde bestätigt wurde, geriet die orthodoxe Bakteriologie mit ihrem ätiologischen Absolutheitsanspruch ein wenig ins Wanken. Nun hatte man wieder die Chance, die sozial erworbene Disposition auf Kosten hereditärer Konzepte stärker zu betonen und zur alten, vor-bakteriologischen Deutung der Schwindsucht als Armeleutekrankheit zurückzukehren. Aber nur wenige nutzten sie. Statt dessen machte sich im Gefolge der von Koch verkündeten Quasi-Ubiquität des Tuberkelbazillus ein Vulgärkontagionismus breit, der zunehmend die Erkrankten mit den Krankheitserregern identifizierte; nur so konnte das bakteriologische »Gefolge von Heissspornen« (Aufrecht) die Forderung vertreten, Tuberkulöse müßten isoliert werden, ganz so, als hätte man es mit Bakterien in einer Reinkultur zu tun. Die wissenschaftlich erzeugte Bazillenfurcht vermochte es sogar, die Tuberkulose in die Nähe der Lustseuchen zu rücken: Heiratsverbote für Schwindsüchtige wurden allen Ernstes erwogen.[67]

Die völlige Ausschließung der Tuberkulösen aus dem gesellschaftlichen Leben blieb lange ein unerfüllter Traum. Sogar der Wilhelminische Obrigkeitsstaat, in der Beschränkung individueller Freiheitsrechte nicht gerade zimperlich, schreckte vor einer allgemeinen Einführung der Anzeigepflicht oder gar der Zwangsasylierung zurück. Dafür dürfte freilich weniger die von Buttenwieser beschworene »Portion Leichtlebigkeit« verantwortlich gewesen sein als die Kosten, die die Ausschließung einer noch unübersehbaren Masse Tuberkulöser mit sich gebracht hätte. Erst als diese Kosten be-

zahlbar wurden, weil die Tuberkulosemorbidität auf eine aus- und damit einschließbare Minderheit zusammenschmolz, wurde die Anzeigepflicht eingeführt und dann sukzessiv verschärft, bis im Nazi-Deutschland ihre Wahlverwandtschaft mit eugenischen Maßnahmen überdeutlich wurde.[68] Die uneingestandene Unfähigkeit, spezifische und nicht-spezifische Therapien erfolgreich einzusetzen, findet ihr Pendant im prophylaktischen Unvermögen. Die durch die Bakteriologie desorientierte Gewerbe- und Wohnungshygiene empfahl immer wieder das Aufstellen von Spucknäpfen und die Isolierung der Erkrankten, anstatt beispielsweise für eine wirksame Beseitigung von Industriestäuben durch Exhaustoren zu sorgen oder entschlossener auf eine Verbesserung der Lebensverhältnisse in proletarischen Mietskasernen und Heimarbeiterwohnungen hinzuwirken.

Anmerkungen

1 A. Gottstein, »Behring u. die Tuberkulose«, in: *Nation* 21 (1903), S. 10ff. u. S. 329f., hier S. 330.
2 B. Lambert, »New York faulted on tuberculosis«, in: *The New York Times* vom 24. 1. 88, S. 1 u. 33; A. Grotjahn, *Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung im Lichte der Sozialen Hygiene*, Leipzig 1908, S. 152.
3 Vgl. A. Leisewitz, *Von der Darwinschen Evolutionstheorie zur Molekularbiologie. Wissenschaftshistorische und -soziologische Studien zu einer materialistischen Geschichte der Biologie*, Köln 1982, S. 189-219.
4 Vgl. Henle, *Pathologische Untersuchungen*, Berlin 1840, S. 1-82.
5 R. Virchow, *Die krankhaften Geschwülste*, Bd. 2, Berlin 1865, S. 716; vgl. allgemein A. Predöhl, *Die Geschichte der Tuberkulose*, Hamburg 1888, ND Wiesbaden 1966.
6 L. Waldenburg, *Die Tuberculose, die Lungenschwindsucht und Scrofulose. Nach historischen und experimentellen Studien*, Berlin 1869, S. 209.
7 J.-A. Villemin, »Cause et nature de la tuberculose«, in: *Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences* 61 (1865), S. 1012-5.
8 Tappeiner, »Zur Frage der Contagiosität der Tuberculose. Experimentelle Untersuchungen«, in: *Deutsches Archiv für klinische Medizin* 26 (1881), S. 595-600, hier S. 599.
9 M. Giboux, »Inoculabilité de la tuberculose par la respiration des phtisiques«, in: *Comptes rendus ...* 94 (1882), S. 1391 ff.
10 A. Ignatius, *Robert Koch. Leben und Forschung*, Stuttgart 1965, S. 35.
11 P. Baumgarten, *Ueber Tuberkel und Tuberkulose, I. Theil: Die Histogenese des tuberkulösen Processes*, Berlin 1885, S. 8f., Anm. 1.
12 H. Ruehle, *Die Lungenschwindsucht und die acute Miliartuberkulose*, Leipzig 1887[1]; (= *Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie*, Bd. V, III. Theil), S. 16.
13 Ediert v. K. Kißkalt, »Die ersten Beurteilungen Robert Kochs durch die Schule Pettenkofers«, in: *Archiv für Hygiene und Bakteriologie* 112 (1934), S. 167-80, hier S. 170f.
14 Aufrecht, *Pathologische Mittheilungen*, H. 2, Magdeburg 1883, S. 36.

15 Ders., *Zur Verhütung und Heilung der chronischen Lungentuberkulose*, Wien 1898, S. 8.

16 So z. B. bei M. Reichelt, »Requiem für eine Krankheit: Die Lungentuberkulose«, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Ausg. C, 82 (1985), S. 2571 ff.

17 R. Koch, »Die Ätiologie der Tuberkulose«, in: P. Steinbrück u. A. Thom (Hg.), *Robert Koch. Ausgewählte Texte*, Leipzig 1982, S. 77-97, hier S. 97.

18 Aufrecht, »Zur Kenntniss der Tuberculose«, in: *Deutsche medizinische Wochenschrift* 8 (1882), S. 410 ff. u. 429 ff., hier S. 431.

19 Buttenwieser, »Praktische Folgerungen aus Koch's Entdeckung der Tuberkel-Bacillen«, in: *Aerztliches Intelligenzblatt. Münchener Medicinische Wochenschrift* 29 (1882), S. 489-93, hier S. 490.

20 Ebd., S. 491.

21 R. Koch, »Über bakteriologische Forschung«, in: Steinbrück, S. 99-109.

22 F. Wolff, *Aus dem Leben eines Heilstättenarztes*, München o. J. (1928), S. 22.

23 Ebd., S. 23.

24 Vgl. Ignatius, S. 55.

25 R. Koch, »Weitere Mitteilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose«, in: Steinbrück, S. 111-8, vor allem S. 112, Anm. 1.

26 Vgl. H. St. Willis, »The Story of Tuberculin«, in: *American Review of Tuberculosis* 41 (1940), S. 573-81.

27 A. Grotjahn, *Erlebtes und Erstrebtes. Erinnerungen eines sozialistischen Arztes*, Berlin 1932, S. 51.

28 Vgl. zur folgenden Darstellung: R. Eschenhagen, »Das Hygiene-Institut der Berliner Universität unter der Leitung Robert Kochs von 1885-1891«, med. Diss. Humboldt-Universität Berlin 1983 (Ms.), S. 128-40, hier S. 133; nicht berücksichtigt wurden die in dieser Arbeit vorgelegten grundlegenden Dokumente in der jüngst erschienenen Koch-Biographie von G. Henneberg, »Robert Koch«, in: W. Treue u. R. Winau (Hg.), *Berlinische Lebensbilder. Mediziner*, Berlin 1987 (= Einzelveröffentlichungen der Historischen Kommission zu Berlin, Bd. 60), S. 213-32, hier besonders S. 226 ff.

29 Eschenhagen, S. 134.

30 In: H. Goerke (Hg.), *Berliner Ärzte. Selbstzeugnisse*, Berlin 1965, S. 186.

31 Th. Brugsch, *Arzt seit fünf Jahrzehnten*, Berlin 1969, S. 46.

32 R. Koch, »Fortsetzung der Mitteilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose«, in: Steinbrück, S. 119-22, hier S. 119.

33 Ebd., S. 122.

34 Eschenhagen, S. 139.

35 Aufrecht, *Verhütung*, S. 11.

36 A. Moeller, *Lehrbuch der Lungentuberkulose für Ärzte und Studierende*, Wiesbaden 1910, S. 218.

37 P. F. Krause, »Auf welche Ursachen ist der Misserfolg der Tuberculintherapie des Jahres 1891 zurückzuführen? Ein kritischer Rückblick«, in: *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten* 33 (1900), S. 89-108, hier S. 94.

38 Z. B. Ignatius, S. 50; P. Frosch, »Gedenkschrift zur 25jährigen Entdeckung des Tuberkelbazillus«, in: *Zeitschrift für Tuberkulose* 11 (1907), S. 1-8.

39 W. Genschorek, *Robert Koch. Selbstloser Kampf gegen Seuchen und Infektionskrankheiten*, Leipzig 1981⁴, S. 198.

40 F. Loeffler, »Zum 25jährigen Gedenktage der Entdeckung des Tuberkelbazillus«, in: *Deutsche medizinische Wochenschrift* 33 (1907), S. 449 ff. u. 489-95, hier S. 449.

41 H. Brehmer, *Die chronische Lungenschwindsucht u. Tuberculose der Lunge, ihre Ursachen und ihre Heilung*, Berlin 1869², S. 65 ff., 262 ff.

42 H. Brehmer, *Mitteilungen aus Dr. Brehmer's Heilanstalt für Lungenkranke in Görbersdorf*, Wiesbaden 1889. S. 228 ff.; K. H. Blümel, »Zu Brehmer's 100. Geburtstag«, in: *Zeitschrift für Tuberkulose* 45 (1926), S. 449-56.

43 »Nachruf auf P. Dettweiler«, in: *Tuberculosis* 3 (1904), S. 1 f.; Wolff, S. 58 ff.

44 P. Dettweiler, *Die Behandlung der Lungenschwindsucht in geschlossenen Heilanstalten*, Berlin 1880, S. 120.

45 Ruehle, S. 17; E. v. Leyden, *Über den gegenwärtigen Stand der Behandlung Tuberculöser und die staatliche Fürsorge für dieselben*, Berlin 1898, S. 23.

46 E. v. Leyden, *Lebenserinnerungen*, hg. v. C. Lohde-Boetticher u. mit einem Vorwort v. W. Waldeyer, Stuttgart u. Leipzig 1910, S. 173; A. Grotjahn, »Die Krisis in der Lungenheilstättenbewegung«, in: *Medizinische Reform. Wochenschrift für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik* 15 (1907), S. 219-23.

47 »Nachruf auf P. Dettweiler«.

48 R. Kluge, »Die Fürsorge für Lungenkranke durch die öffentliche Armenpflege«, in: *Archiv für Soziale Medizin und Hygiene* 1 (1903), S. 465-70; Nietner, »Die Tuberkulosebekämpfung in Deutschland«, in: *Archiv für Soziale Medizin und Hygiene* N.F. 1 (1905), S. 97-112; I. Langerbeins, *Lungenheilstätten in Deutschland 1854-1945*, Köln 1979, S. 44 u. 88 ff.

49 Zit. n. Leyden, *Lebenserinnerungen*, S. 188 f.

50 Leyden, *Behandlung Tuberculöser*, S. 14-23.

51 J. Weicker, »Beiträge zur Frage der Volksheilstätten«, in: *Zeitschrift für Krankenpflege* 1896, S. 49-57, 77-84.

52 Leyden, *Behandlung Tuberkulöser*, S. 14-23.

53 Ebd.

53a Gebser, »Beschäftigung der Lungenkranken in Heilstätten«, in: *Tuberculosis* 1 (1903), S. 82-6; A. Grotjahn, Krankenhauswesen, S. 177 ff.; Hinweis auf Patientenstreiks in: F. Köhler, »Die Lungentuberkulose des Proletariats«, in: *Preußische Jahrbücher*, Bd. 139, 1910, S. 16-49.

54 A. Moeller, »Die Pädagogik in der geschlossenen Lungenheilanstalt«, in: *Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen* 1 (1900), S. 209-13.

55 H. K. Busch, *Die Görbersdorfer Heilanstalt des Dr. H. Brehmer. Eine Klinik für chronisch Lungenkranke*, Berlin 1875, S. 72 f.

56 A. Moeller, »Pädagogik«.

57 P. Dettweiler, *Behandlung der Lungenschwindsucht*, S. 22 ff.

58 Weicker, S. 80-3.

59 H. Weber, »Die Übertragbarkeit der Phthisis vom Ehemann auf die Gattin«, in: *Allg. med. Zentralzeitung*, Berlin, vom 15. 7. 1874, S. 671; C. Gerhardt, »Über die Eheschließung Tuberkulöser«, in: *Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen* 1 (1900), S. 275-82; A. Grotjahn, *Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Versuch einer praktischen Eugenik*, Berlin 1926, S. 187-91.

60 F. Sell, »Belehrungskurse in Volksheilstätten«, in: *Zeitschrift für Tuberkulose* 14 (1909), S. 201-12; J. Friedländer, »Lungenkranke in der Gesellschaft«, in: *Tuberculosis* 1 (1903), S. 235-37; A. Moeller, »Pädagogik«; L. v. Schroetter, »Über die Monatskuren in der Behandlung der Tuberkulose«, in: *Tuberculosis* 1 (1903), S. 5-8.

61 Friedländer, S. 235.

62 »Die Tuberkulosebekämpfung von E. v. Behring«, in: *Tuberculosis* 2 (1903), S. 526-33.

63 A. Grotjahn, »Die Krisis in der Lungenheilstättenbewegung«, S. 219-23.

64 A. G. Liebe, »Zur Auswahl der Lungenkranken für die Heilstättenbehandlung«, in: *Berliner Ärzte-Korrespondenz,* Berlin 1900, S. 141 f.; W. Müller, »Ist die Unterbrechung der Schwangerschaft im Falle der Lungentuberkulose berechtigt?«, in: *Zeitschrift für Tuberkulose* 21 (1914), S. 123-33.

65 R. Koch, »Über den derzeitigen Stand der Tuberkulosebekämpfung«, in: Steinbrück, S. 123-40.

66 Grotjahn, »Krisis«, S. 223.

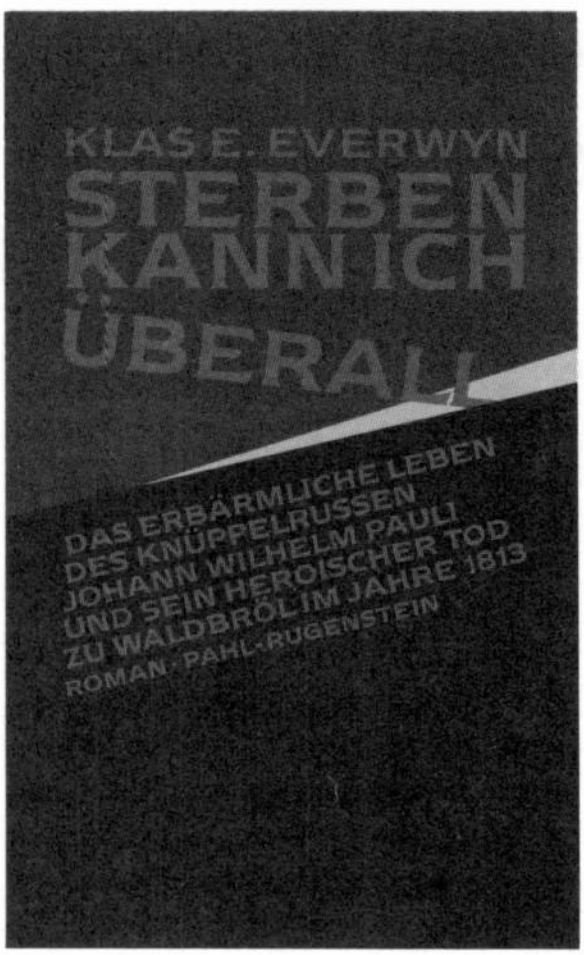
67 Grotjahn, *Hygiene,* S. 187 ff.; C. Fränkel, »Die Anzeigepflicht bei Tuberkulose«, in: *Deutsche medicinische Wochenschrift* 28 (1902), S. 181-5; M. Kirchner, »Ueber die Anzeigepflicht bei Tuberkulose«, in: *Festschrift zum 60. Geburtstag von Robert Koch,* Jena 1903, S. 625-38; A. Bielefeldt, »Welche Maßnahmen sind zur Isolierung tuberkulöser Personen zu empfehlen?«, in: *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkuloseforschung* 13 (1909), S. 201-8.

68 G. Aly, »Krankheitsverdächtige und Bazillenausscheider. Tuberkulose und ›Euthanasie‹«, in: *Vorgänge* 26 (1987), S. 62-72.

„Wir verlangen keine Gewehre aus Barmherzigkeit, wir wollen sie mit Gewalt han!"

Verbürgter Ruf eines Rebellen
zu Elberfeld, 30.1.1813

Klas E. Everwyn hat einen Roman um die Rebellion der bergischen „Knüppelrussen" gegen die Rekrutierung für Napoleons Armeen geschrieben. Ein Roman über den Aufstand eines Tagelöhners und seiner Kameraden, vom Alltag der Kleinen Leute und von der Allmacht der Obrigkeit vor 175 Jahren.
Ein spannender historischer Roman – Lokalkolorit, Historisches und Allgemein menschliches ist hier glücklich vereint.
Klas E. Everwyn
STERBEN KANN ICH ÜBERALL
Das erbärmliche Leben des Knüppelrussen Johann Wilhelm Pauli und sein heroischer Tod zu Waldbröl im Jahre 1813
326 Seiten, Leinen mit Schutzumschlag, DM 36,–



Unsere Bücher sind Lebens-Mittel.
49
PAHL-RUGENSTEIN

HANSER
HANSE
HANS
HA
H

Ach, die
Insekten, meine ferne
Seele in einem ganzen Ozean!
Dergleichen lieben wir nicht. Ein
Insekt ist eigentlich schon in seinem
Entwurf abscheulich. Es sind un-
zerstörbare Tiere; unter

ihnen sind Bewohner
von Mauerrissen und Spalten, von
Rohrleitungen und dunklen Treppen-
verschlägen. Sie mißbrauchten meine
Melancholie. Jedes dieser Insekten
verdankte seinen Ursprung einer
schlechten Laune von mir, und sie
erinnern mich daran. Als ich
vor einiger Zeit las, daß sie
nicht nur die ältesten
Tiere der Welt
sind,

sondern
vermutlich auch ihre
zukünftigen Herren, überfiel
mich ein peinliches Gefühl. So
groß also ist ihre Macht? Und
doch sind sie in jeder Hinsicht min-
derwertiger als die Pflanzen,
besessen, alles

Lebendige zu verfol-
gen, eine Heimsuchung in je-
dem Erd- oder Betonwinkel. Wenn
ich zu Hause eine Küchenschabe
sehe, zertrete ich sie, oder ich schenke
ihr das Leben aus Verachtung und
gehe mißvergnügt weiter. Woher
sind nur die Läuse und die
Wanzen gekommen? Hatte
ich in meiner Seele
Ungeziefer?

Einen »der besten und amüsantesten Romane der letzten Jahrzehnte« nannte Umberto Eco dieses Buch zugleich eine der ungewöhnlichsten Autobiographien überhaupt ist: Das Leben Gottes – von ihm selbst erzählt. Als Ghostwriter hat Gott sich den Italiener Franco Ferrucci ausgesucht, und er erzählt 2000 Jahre Kultur- und Religionsgeschichte so überraschend und umwerfend geistreich, daß das Buch augenblicklich einen Siegeszug um die Welt angetreten hat.

FRANCO FERRUCCI Die Schöpfung 408 Seiten. Leinen. DM 39,80

Joshua Lederberg
Die Rache der Kleinsten
Zur Evolution der Mikroorganismen

Meine Hauptthese ist, daß der Fortschritt der Medizin im letzten Jahrhundert die anhaltende Empfänglichkeit der Menschen für epidemisch auftretende Infektionen verschleiert hat. Uns ist nicht bewußt, daß unser Verhältnis zu den Mikroben als ein kontinuierlicher Evolutionsprozeß angesehen werden muß. Wir sind von einem Gleichgewicht weit entfernt und dürfen kurzfristige Entwicklungen, die entweder aus der Sicht des Menschen oder der des Parasiten optimal sind, nicht als selbstverständlich hinnehmen. Der Mensch beherrscht bakterielle Eindringlinge relativ gut; Protozoen, die hauptsächlich in der Dritten Welt vorkommen, werden von uns grob vernachlässigt; unser Umgang mit Viren ist von einer gefährlichen Ignoranz geprägt.

Pasteur und Darwin

Der Einfluß Charles Darwins auf das Gedankengut des 19. Jahrhunderts und seine Prägung unserer Ansichten über die Rolle des Menschen in der Natur sind zu gut bekannt und wurden zu oft diskutiert, als daß ich sie hier weiter ausführen müßte. Sein Zeitgenosse Louis Pasteur ist ein wissenschaftlicher Heros; seine Theorie, daß Keime Krankheitserreger sein können, demzufolge also Antiseptika und Impfstoffe Infektionen vorzubeugen vermögen, brachte ihm weltweite Anerkennung. Der geistigen Verwandtschaft dieser beiden Ikonoklasten wurde zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. In seiner Korrespondenz bezieht sich Darwin nur kurz, aber eingehend auf die Bedeutung der Pasteurschen Errungenschaften für die Menschheit.[1] Pasteurs Briefwechsel wurde bis heute nicht gründlich ausgewertet.[2] Der wichtigste Verweis auf Darwin in seinen Veröffentlichungen ist seine Rede in der Sorbonne am 7. April 1864: »Wir sehen uns heute vor enorme Probleme gestellt, die alle großen Denker in ihren Bann ziehen: ... die Erschaffung des Menschen vor mehreren tausend Jahren oder vor mehreren tausend Jahrhunderten; die Beständigkeit der Arten, ... die Idee eines unnützen Gottes.« Sicherlich bezieht sich das auf Darwin, dessen

Arbeiten 1862 ins Französische übersetzt wurden und gleich einen Sturm der Entrüstung unter den Theologen hervorriefen. Pasteur war jedoch entschlossen, sich von dieser Debatte und solchen Mysterien fernzuhalten. Er beschäftigte sich standhaft nur mit solchen Fragestellungen, die einem Experiment zugänglich waren; vor allem mit den zu dieser Zeit gängigen Behauptungen einer spontanen Entstehung mikrobiellen Lebens. Im Jahre 1864 entsprach seine Ablehnung Darwins der orthodoxen Lehre, die sich auf einen Schöpfer als Ursprung allen Lebens berief. Indirekt war es auch ein Argument gegen Darwins Evolutionstheorie, wonach das Leben in »einem kleinen warmen Teich« entsteht.[3] Pasteur zeigte, daß die zahlreichen Beobachtungen über die spontane Entstehung von Leben in keimfreier, der Raumluft ausgesetzter Nährlösung (Abiogenese) mit der Verbreitung von ständig in der Luft schwebenden Keimen erklärt werden konnte. 1883 schließlich wandte er sich wieder mit mehr Überzeugung einer mechanistischen Sicht der Abiogenese zu; vielleicht sei es doch möglich, mit Hilfe elektromagnetischer Energien neue biochemische Ordnungen herzustellen. Es gibt jedoch keine Aufzeichnungen, die belegen, daß er jemals mit der Darwinschen Evolutionslehre sympathisierte; er stand methodischen Schlußfolgerungen, die sich, wie bei Darwin, nicht auf Laborexperimente stützten, immer ablehnend gegenüber.[4]

Obwohl Darwin die medizinischen Leistungen Pasteurs in vollem Umfang anerkannte, scheint er niemals mikrobiologische Aspekte in seine Naturgeschichte einbezogen zu haben. Soweit wir wissen, hatte keiner von beiden auch nur die geringste Ahnung von den Beiträgen zweier anderer Zeitgenossen zum fundamentalen Verständnis der Biologie. Die von Gregor Mendel 1865 formulierten Grundlagen der Genetik blieben bis 1900 verschollen. Friedrich Miescher hatte bereits 1870 Nukleinsäuren (DNA) in Eiterzellen entdeckt; aber bis zu den Arbeiten von Avery, MacLeod und McCarty am Rockefeller Institute 1944[5] hatten wir nicht einmal ansatzweise die biologische Funktion der DNA verstanden. Der späte Beginn der DNA-Forschung ist hauptsächlich unzulänglicher experimenteller Methodik und Technik zuzuschreiben, die durch jahrzehntelange methodische Kleinarbeit und die Erfindung vieler neuer Instrumente verbessert werden konnten. Die Darwin, Pasteur und Mendel trennenden Barrieren waren hingegen ausschließlich geistiger und ideologischer Natur.

Welch vertane Chance! Darwin hätte, wie es moderne Forscher tun, vorzügliches Experimentiermaterial für das Studium der Evolution bei Mikrobenstämmen finden können, bei denen ein Generationszyklus nur Minuten dauert und wo mit geringen Kosten und ohne ethische Skrupel eine natürliche (oder künstliche) Selektion zwischen Dutzenden oder gar Hunderten

von Milliarden von einzelligen Organismen herbeigeführt werden kann. Pasteur und ihm nachfolgende Mikrobiologen hätten dadurch falsche und über Jahrzehnte beibehaltene Vorstellungen über die Gründe der Unterschiedlichkeit von Bakterien vermeiden können. Die biotechnologische Revolution hätte um ein paar Jahrzehnte früher begonnen. Aber ich sollte mich nicht beklagen: Ich hatte dadurch 1946 die Möglichkeit, eine terra incognita – die bakterielle Genetik – zu erforschen, ein Gebiet, das sonst bereits mit ideologischen Besitzansprüchen aus vier bis fünf Dekaden gespickt gewesen wäre.

Seuchen

Darwin hatte den Homo sapiens an die Spitze der Evolution plaziert, allerdings bei gleicher Betonung von Spitze und Evolution. Seine Ansicht, daß der Mensch in der Natur eine privilegierte Stellung einnimmt, hat er niemals berichtigt. Die Intelligenz des Menschen, seine Kultur und seine Technologie schlossen selbstredend alle Pflanzen- und Tierarten von vornherein von dem Wettbewerb aus. Mikroben, als letztmögliche Konkurrenten des Menschen, hat er nicht einmal in Erwägung gezogen. In die experimentelle Wissenschaft sind die Ansichten von Darwin und Pasteur nun endlich vollständig integriert. Die Erforschung von Pathogenitätsfaktoren (Virulenz) hat höchste Priorität in den Forschungslaboratorien, die nach den neuesten Methoden molekularer Technik arbeiten. Seitdem haben uns Theobald Smith (1934), F. M. Burnet und R. Dubos[7] einen weiten Einblick in den natürlichen Verlauf von Infektionskrankheiten eröffnet – einen Einblick, der keine Illusionen zuläßt über unsere Möglichkeiten, die natürlichen Feinde des Menschen zu vernichten, sondern einen immerwährenden Kampf zeigt. Die Arbeiten von Paul de Kruif verstärkten die Anstrengungen der »Mikrobenjäger«[8] für eine gewisse Zeit. Aber nach der Erfindung der »miracle drugs«, der Antibiotika, in den vierziger Jahren breitete sich eine außerordentliche Selbstzufriedenheit in weiten Teilen der Gesellschaft aus. Die meisten Leute denken heutzutage viel zu optimistisch über die uns zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, globale Epidemien abzuwehren, die mit der Pest des 14. Jahrhunderts (oder in geringerem Umfang mit der Influenza-Epidemie von 1918) zu vergleichen wären, die damals Millionen von Opfern forderte. Es gibt keine Garantie, daß der natürliche Konkurrenzstreit in der Evolution zwischen Virus und Gattung Mensch uns immer als Gewinner sehen wird.

Die kulturelle Gegenbewegung und die anti-technologische Protestbewegung sehen nur das Gute in der Natur, deren Gleichgewicht wir – wie sie

meinen – mit unseren teuflischen modernen Möglichkeiten zerstören. Aber der Mensch ist eine relativ neue Erscheinung auf der Erde; das steile Wachstum unserer Spezies seit dem Paläolithikum ist der Hauptgrund für die Zerstörung dieses vermeintlichen Gleichgewichts. Der Mensch als Kulturwesen ist eine vom Menschen geschaffene Spezies; ob wir wollen oder nicht, der einzige Planet, den wir kennen, ist ein originelles künstliches Gebilde. In der Genesis wird gefordert: »Seid fruchtbar und mehret euch«; nachdem wir vom Baum der Erkenntnis gekostet und Wissen erworben haben, könnten wir erst dann in den Garten Eden zurückkehren, wenn wir die Weltbevölkerung auf ein Prozent ihrer jetzigen Dichte reduziert hätten. Unsere Selbstgefälligkeit vertraut der Gutartigkeit der Natur; unsere Arroganz läßt uns glauben, wir seien vom natürlichen Wettbewerb ausgenommen. Aber die größte Bedrohung unserer Vorherrschaft geht, abgesehen von unseren eigenen Artgenossen, von den Kleinstlebewesen aus: den Viren, Bakterien und Parasiten. Sie sind eine permanente Gefahr für unser Fortbestehen.

Vielleicht ist diese schroffe Ansicht die Folge meiner täglichen Erfahrungen im Labor. Ein Großteil meiner eigenen wissenschaftlichen Arbeit ist nicht machbar ohne die unbarmherzige Anwendung von künstlicher Selektion, da es darum geht, in großen Populationen seltene Unterschiede im Erbmaterial der einzelnen Individuen festzustellen.[9] Zwar waren es Bakterienpopulationen, aber ihre Anzahl betrug in jedem Reagenzglas Milliarden. In der Regel wurden bis auf einige wenige alle von einer Chemikalie oder einem Virus vernichtet, um so die »normale Population« zu entfernen; die wenigen Überlebenden mit atypischem Erbmaterial konnten dann leicht gefunden und isoliert werden. Auf diese Weise habe ich persönlich beobachten können, ja sogar verursacht, daß Populationen in gigantischem Ausmaß ausgelöscht wurden, und ich möchte daran erinnern, daß dies ein unablässiger Vorgang in der Natur ist, z. B. wenn ein Patient sich von einer Infektion erholt. Dies kann entweder durch Antibiotikagabe oder durch Mobilisation der natürlichen Abwehrmechanismen des Patienten herbeigeführt werden. Bei dieser Konfrontation muß entweder der Mensch, oder es müssen Milliarden von Mikroben sterben.

Wie Twort und d'Herelle vor mehr als 70 Jahren beobachteten, kommt es zu solchen Konkurrenzkämpfen in der Welt der Mikroben sowohl in der freien Natur als auch in dem Mikrokosmos eines Reagenzglases, denn Bakterien haben ihre eigenen Viren, die sich oftmals im Ungleichgewicht mit ihren Wirten befinden. Es ist nichts Ungewöhnliches, daß eine blühende Population von Milliarden Bakterien auf einen Schlag ausgelöscht wird: als Folge einer spontanen Mutation der Viren vermehrt sich die Anzahl der von

ihnen erreichbaren Bakterien; es kommt zu einer massiven Lyse und einem plötzlichen Klarwerden des Kulturmediums. Die Nachfolge der Bakterien wird von Hunderten von Milliarden von Viren angetreten – deren eigenes Schicksal nun problematisch wird, denn sie haben ihre Beute (in diesem Reagenzglas) bereits verschlungen. Manchmal überleben einige Bakterien: mutierte Bakterien, die jetzt den mutierten Viren widerstehen; wenn das der Fall ist, können diese das Reagenzglas neu bevölkern – bis es vielleicht eine zweite Runde gibt und eine mutierte Virusmutante erscheint.

Gibt es einen Grund anzunehmen, daß solche Ereignisse auf Reagenzgläser begrenzt sind, daß das wirkliche Leben davon ausgenommen ist? Natürlich nicht. Nur das Zeitmaß ist mit Sicherheit ein anderes: es verhält sich wie Jahre zu Minuten, wie eine Million zu eins – eben wie die unterschiedliche Generationsdauer von Menschen und Bakterien. Die biologischen Grundprinzipien sind die gleichen. Es mag ein quantitativer Unterschied bestehen, dessen Größe allerdings schwer abzuschätzen ist.

Obwohl dichtgedrängt, ist der Mensch auf seiner Erdoberfläche weitläufiger verstreut als die Bakterien in ihrem Glasröhrchen, und wir haben weniger Gelegenheit, uns gegenseitig anzustecken, selbst in unseren chronisch überfüllten Flugzeugen. Im Kulturmedium des Reagenzglases gibt es weniger chemische und physikalische Barrieren für eine Virusübertragung als im Lebensraum des Menschen (kein Wunder, daß so viele Krankheiten sexuell übertragen werden). Noch läßt die Ozonschicht genügend ultraviolettes Sonnenlicht durch, um das Klima für eine Tröpfcheninfektion wenig geeignet zu machen, und die meisten Viren sind gegen Austrocknung in der Luft ziemlich empfindlich. Die intakte Haut ist eine ausgezeichnete Barriere gegen Infektionen; die Schleimhäute der Atemwege sind es in geringerem Maße. Zusätzlich haben wir eine Immunabwehr entwickelt: eine wunderbar verzwickte Maschinerie, die eine komplette Rüstung aus Antikörpern produziert, von denen jeder speziell auf die chemischen Merkmale eines ganz bestimmten eindringenden Parasiten zugeschnitten ist. Beim normalen, immungesunden Menschen ist jede angehende Infektion ein Wettlauf zwischen Leben und Tod, zwischen dem Eindringen und der Vermehrung des Virus im Körper und der Entwicklung von Antikörpern, die die Infektion abschwächen oder auslöschen. Sind wir geimpft oder waren wir bereits mit einem verwandten Virus infiziert, können wir mit einer frühen Immunantwort aufwarten. Diese führt allerdings zu einem verstärkten Selektionsdruck auf die Viruspopulation und fördert die Entstehung antigener Varianten. Besonders deutlich wird das während Influenza-Pandemien; alle paar Jahre müssen wir neue Impfstoffe einsetzen, um mit der aktuellen Generation von Influenza-Viren fertigzuwerden.[10]

Diese Abschwächungen der Bedrohung durch Virus-Pandemien sind ein untrennbarer Bestandteil unserer evolutiv gewachsenen Fähigkeiten, mit den viralen Widersachern fertigzuwerden. Die Abschwächung ist aber auch evolutiver Bestandteil des Virus selbst: eine Auslöschung seines Wirtes wäre ein Pyrrhussieg. Historisch gesehen hätte dies passieren können, dann aber wären sowohl der besiegte Wirt als auch der siegreiche Parasit verschwunden. Im Grunde ist sogar der Tod eines einzelnen infizierten Individuums relativ ungünstig für das Virus – jedenfalls im Vergleich mit einer fortdauernden Infektion, die den Träger in die Lage versetzt, das Virus möglichst weit zu verbreiten. Von seiten des Virus wäre das Ideal eine völlig symptomfreie Infektion, bei der der Wirt unbemerkt Raum und Nahrung für eine unendliche Vermehrung von Viren zur Verfügung stellt. Unsere eigene Erbmasse beherbergt wahrscheinlich Hunderte oder Tausende solcher blinder Passagiere. Die Grenzen zwischen diesen und unserem »normalen Genom« sind ziemlich diffus; bestimmend für unsere Abstammung und unsere Eigenschaften sind nicht nur Adam und Eva, sondern auch eine Menge unsichtbarer Keime, die sich in unsere Chromosomen eingeschlichen haben. Einige davon gereichen sich zufällig zum gegenseitigen Vorteil. Andere dieser symbiotischen Viren (oder »Plasmide«[11]) haben sich bösartig entwickelt und können das ungeregelte Zellwachstum, das wir Krebs nennen, herbeiführen. Obwohl wir sie unser eigen nennen, sind unter Umständen bis zu 99 Prozent unserer DNA parasitären Ursprungs.

Gäbe es ein evolutionäres Gleichgewicht, würden wir uns unseren Planeten weiterhin mit den Parasiten teilen; wir würden gewisse Opfer bringen müssen, dafür aber auch von den Parasiten vor noch heftigeren Angriffen geschützt werden. Unter Voraussetzungen, die wir freiwillig akzeptieren würden, ist solch ein Gleichgewicht kaum zu erwarten: unterm Strich müßten Wohlbefinden und Unsicherheit des Lebens gleich verteilt sein. Keine Theorie kann diesen Zustand beschreiben; es ist nicht einmal sicher, ob bei einem solchen Gleichgewicht auf Erden für den Menschen überhaupt Platz wäre.

Die historischen Seuchen, der Schwarze Tod des 14. Jahrhunderts, das ständige Wiederkehren der Cholera und das 1918 aufgetretene Schweineinfluenza-Virus sollten uns immer an das Damoklesschwert der Natur erinnern, das uns bedroht. Wenn ich im Verlauf der letzten zwei Jahrzehnte wiederholt an diese Gefahren erinnerte[12], hielt man mir entgegen, daß die moderne Hygiene und Medizin solche Ausbrüche in Schach halten würden. Diese Erwartungen haben natürlich ihre Berechtigung: Der Pest-Bazillus spricht auf Antibiotika an, und wir kennen den Übertragungsweg durch Rattenflöhe. Cholera kann mit einfachen Mitteln wie der oralen Gabe von Flüssig-

keiten (Salzwasser mit ein wenig Zucker) ziemlich erfolgreich behandelt werden. Ohne Zweifel war die Influenza von 1918 deshalb so gefährlich, weil sie von bakteriellen Infektionen begleitet wurde, die man heutzutage mit Antibiotika behandeln würde, und ein rechtzeitiger Einsatz von Impfstoffen könnte die weltweite Ausbreitung einer neuen Grippewelle verhindern. Vielleicht hat man die Gefährlichkeit der sekundären bakteriellen Infektion im Jahre 1918 aber auch überschätzt: es ist durchaus möglich, daß das Virus selbst tödlich war, und es wäre billig, sich nachträglich über die nationale Kampagne gegen das Schweineinfluenza-Virus von 1976 zu mokieren, vor allem von seiten derjenigen Kritiker, die keine Verantwortung zu tragen hätten, sollten sie mit ihrer Meinung falsch liegen. Eine solche Kritik unterschlägt die berechtigte Sorge der Gesundheitsbehörde, daß es eine Wiederholung von 1918 hätte geben können[13], und macht die politischen Schwierigkeiten deutlich, angesichts einer die Menschheit bedrohenden Pandemie die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen. Dieses vermeintliche Fiasko milderte letztlich eine Epidemie, die glücklicherweise von einem weniger tödlichen Virusstamm verursacht wurde. Die wenigen Fälle von Nebenwirkungen, die dem (polyvalenten) Impfstoff zugeschrieben wurden, sind ohne Zweifel weniger zahlreich als die Anzahl von Grippe-Erkrankungen, die durch die Impfung verhindert wurden. Auch wenn vorauszusehen ist, daß solch aktives Vorgehen Schadenersatzklagen hervorrufen wird, sollte man das Verhältnis der gesellschaftlichen Lasten und Nutzen des Impfprogramms nicht aus dem Auge verlieren.

Viele Ausbrüche von viralen oder bakteriellen Infektionen haben große, verschiedenartige Tierbestände vernichtet, meistens überlebten nur einige wenige immune Tiere. In der ganzen Diskussion über das Artensterben werden die Infektionskrankheiten nie erwähnt. Es ist zwar unmöglich, dies anhand von Fossilien zu belegen, aber Krankheiten sind der plausibelste Verursacher episodischer Artenverschiebungen. In der Pflanzenwelt gibt es unbestrittene Beispiele für das Aussterben einer Spezies etwa durch Pilzbefall wie z. B. die Dutch-Elm-Krankheit und die American-Chestnut-Seuche. Ja, es kann eben passieren.

Viren sind deshalb ein so ernstzunehmender Faktor, weil die Entwicklung wirksamer Medikamente gegen Virusinfektionen bis heute aussteht; zur Zeit haben wir nur eine Handvoll davon, und diese sind nur eingeschränkt wirksam. Schließlich sind Bakterien selbständige Lebewesen, deren Stoffwechselcharakteristika eine differenzierte Angriffsmöglichkeit bieten. Die bakterielle Zellwand hat keinerlei Ähnlichkeit mit der menschlichen Zellstruktur. Penicillin, das die bakterielle Zellwand angreift, ist unschädlich für das menschliche Gewebe und kann deswegen so hoch dosiert werden, daß

jede empfindliche Bakterienzelle damit durchtränkt wird. Viren sind dagegen nur genetische Bruchstücke, die im Innern der Wirtszellen leben und deren Stoffwechsel ausbeuten. Es hat sich bislang als sehr schwierig erwiesen, Substanzen zu finden, die das Viruswachstum hemmen, ohne dabei gleichzeitig die Wirtszelle zu verletzen. Unser Hauptansatz, mit Viren umzugehen, ist die Impfung; dabei werden Antikörper gebildet, die die Eigenheiten der Virusoberfläche erkennen können. Wenn jedoch, wie bei Aids, ein Virus auftaucht, das sich das Immunsystem selbst als Angriffsziel aussucht, schwinden unsere Hoffnungen, diese Strategie benutzen zu können, und dann bleiben nur sehr wenige Alternativen.

Unsere größte Sorge im Hinblick auf bakterielle Seuchen ist, daß sich antibiotikaresistente Stämme schon bekannter Erreger entwickeln, z. B. ein Chloramphenicol-resistenter Typhus-Erreger. Plasmide können sich bekanntlich zwischen bakteriellen Stämmen hin- und herbewegen und Antibiotikaresistenzen übermitteln. Daher führt der Selektionsdruck, der durch bakterielle Mutationen Antibiotikaresistenzen im Verdauungstrakt von Nutztieren (die wir routinemäßig mit Antibiotika füttern) hervorruft, dazu, daß es schwieriger geworden ist, Krankheiten beim Menschen mit den gleichen Medikamenten zu behandeln. Noch fataler scheint sich der im übrigen ganz unangebrachte Einsatz von Antibiotika bei Bagatellerkrankungen oder bei viralen Infektionen auszuwirken (zumal letztere von Antibiotika nicht erfaßt werden); und vor allem ist er viel schwerer zu kontrollieren. In der Tat ist der Zeitraum der wirksamen Anwendung eines Antibiotikums befristet; es ist uns allerdings noch nicht gelungen, diesen Zeitraum so zu steuern, daß der lebensrettende Nutzen optimal ist. (Ein Einwand dagegen lautet, daß mit der wahllosen Anwendung von Penicillin rein zufällig ein drastischer Rückgang der Syphilis in den USA erreicht worden sei. Dabei ist es reine Glückssache, daß dadurch keine Penicillin-resistenten Syphilis-Erreger entstanden sind, wofür wir keine Erklärung haben.) Das ganze ist ein gut dokumentierter Wettkampf zwischen den durch menschlichen Erfindungsgeist entwickelten neuen Antibiotika und der evolutionären Tendenz, resistente Mutanten entstehen zu lassen. 1940 haben wir durch die Entdeckung der »Zauberpillen« einen enormen Vorsprung gewonnen, und es steht zu hoffen, daß es uns weder an dem nötigen Ansporn noch an dem wissenschaftlichen Verständnis fehlt, diesen Vorsprung beizubehalten, zumindest in den entwickelten Ländern. Um es hier noch einmal zu betonen: die Art und Weise, wie wir die Infektionskrankheiten in den unterentwikkelten Ländern der Welt vernachlässigen, ist nicht nur menschenunwürdig, sondern läßt völlig außer acht, daß diese Kirchturmpolitik unkontrollierbare Folgen haben könnte.

Außer ihrer Arzneimittelresistenz haben Bakterien noch andere Überraschungen parat. Die sich verbreitende, von Zecken übertragene Epidemie der Lyme-Arthritis und die fast schon legendäre Legionärskrankheit haben uns jüngst gezeigt, was sozusagen über Nacht entstehen kann, und wie verwirrend solche Situationen sein können, bis endlich die Isolation und Identifikation des Erregers gelungen sind. Von Zeit zu Zeit treten auch mysteriöse Veränderungen bei der Letalität bakterieller Infektionen auf. Abgesehen von den oft als Erklärung herbeigezogenen Umweltveränderungen sollte man sich darüber klar werden, daß unter Umständen auch die Bakterien selbst eine genetische Evolution durchmachen. Ein alarmierender Gedanke, weil wir durchaus nicht sicher sein können, daß der Pest-Bazillus, den wir heute kennen und zu beherrschen meinen, der gleiche ist, der die Pandemie im 14. Jahrhundert hervorgerufen hat.
Die technologische Entwicklung wirkt sich bei diesem Wettkampf nicht immer zu Gunsten der Menschen aus. Durch die Monokulturen sind Pflanzen und Tiere natürlich mehr denn je der Zerstörung ausgesetzt. In gleicher Weise wird durch die Überfüllung des menschlichen Lebensraums, durch Erfindungen wie Untergrundbahnen und Flugzeuge das Risiko der Infektionsübertragung vergrößert. Paradoxerweise lassen die Errungenschaften der Hygiene und des Impfens den größeren Teil der menschlichen Population argloser werden gegenüber Mikroorganismen und könnten uns gerade deswegen verletzbarer machen. Andererseits hat der Abbau ethnischer Barrieren die menschliche Rasse ein klein wenig variabler gemacht und sie dadurch im Prinzip besser ausgerüstet, biologische Herausforderungen zu meistern. Evolutionäre Anpassungen fordern jedoch, das dürfen wir nie vergessen, große Opfer von den betroffenen Individuen. Das bekannteste Beispiel beim Menschen ist das Sichelzellen-Phänomen, das sich in Afrika als eine Adaptation an die Malaria entwickelt hat. Der Nutzen, den die heterozygoten Eltern davon haben, fordert nun bei zwei von tausend schwarzen amerikanischen Neugeborenen seinen Preis in Form der Sichelzellen-Anämie der Homozygoten. Das Einmaleins der Evolution lehrt uns, daß sich erst dann ein Gleichgewicht einstellt, wenn ebenso viele Homozygote gestorben (oder gar nicht erst geboren) sind, wie heterozygote Vorfahren von der Malaria geheilt wurden. Die Infektionskrankheiten haben ohne Zweifel bei den einzelnen Faktoren, die das menschliche Genom geformt haben, eine herausragende Rolle gespielt und können vielleicht helfen, den Polymorphismus der Blutgruppen und der Histokompatibilitätsantigenen (Transplantationsantigenen) zu erklären. Durchaus einleuchtende Theorien behaupten, daß Erbkrankheiten wie das Tay-Sachs-Syndrom einen gewissen Schutz gegen Tuberkulose verleihen könnten.

Der technologische Fortschritt, der die Erschließung und Besiedelung wilder Landstriche ermöglichte, hat den Menschen auch mit ihm unbekannten tierpathogenen Viren (Zoonosen) konfrontiert. Das Gelbfieber war ursprünglich unter den Primaten des afrikanischen Urwalds beheimatet, und das HIV hat möglicherweise den gleichen Ursprung. Es ist ein Rätsel, warum das Gelbfieber in Indien keine endemischen Ausmaße angenommen hat, obwohl es dort mehr als genug geeignete Mücken und empfängliche Menschen gibt. Ganz sicher werden wir bei der »Erschließung« des Amazonasbeckens ähnliche Erfahrungen sammeln.
Etwas fernliegender, vielleicht sogar ziemlich an den Haaren herbeigezogen, ist die interplanetare Übertragung von Infektionskrankheiten. Seit dem ersten Sputnikflug 1957 habe ich mich dafür eingesetzt[14], den Planeten Quarantäneschutz zu gewähren, und zwar mehr, um sie vor einer Kontamination durch die keimbeladene Erde zu schützen, als umgekehrt.

Aids und die anderen Seuchen

Die plötzliche und schreckliche Verbreitung von Aids hat uns aus unseren Spekulationen über Seuchen wieder auf den Boden der Tatsachen zurückgeholt: wer von uns wäre nicht bereits persönlich davon berührt! Wir sind mit einer Vielzahl sozialer und ethischer Fragen konfrontiert. Durch das Aussterben ganzer Ortschaften und das Stigma der biologischen Herkunft des Virus ist – wie immer – die Dritte Welt am meisten betroffen. Jeder fragt sich ängstlich, was als nächstes geschehen wird. Wird das Virus sich noch weiter ausbreiten? Wie groß ist die Chance, einen Impfstoff, eine wirksame Therapie zu entwickeln?
Die Kommentare professioneller Epidemiologen zu den aktuellen Statistiken geben keinen Anlaß zur Hoffnung. Und doch ist Aids nicht die einzige Seuche, mit der wir es zu tun haben. In der Dritten Welt sind Tuberkulose und Malaria genauso verheerend in ihrer Auswirkung auf die öffentliche Gesundheit und stehen in der tödlichen Wirkung Aids in nichts nach. Anders als Aids verursachen die meisten Endemien der Dritten Welt chronische Erkrankungen, die zweifellos Millionen Todesopfer fordern und für viele andere ein Leben voller Behinderung und Leiden verursachen – hungrige Mäuler, die gefüttert werden wollen. Über drei Millionen Kinder sterben pro Jahr an Durchfallerkrankungen und ebensoviele an Infektionskrankheiten, gegen die es zwar wirksame Impfstoffe gibt, die aber dort, wo sie gebraucht werden, nicht zur Verfügung stehen. Diese unglaublich hohe Sterblichkeit wäre durchaus vermeidbar. Daß damit so nachlässig umgegangen wird, läßt sich nicht trennen von der Entstehungsgeschichte einer neuen

Krankheit, die sich in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren in Afrika unbemerkt ausbreiten konnte, bevor sie in der westlichen Hemisphäre auftauchte. Und Aids wird nicht das letzte Beispiel dieser Art sein.
Die Faktoren, die Aids zu einer besonders schrecklichen Herausforderung gemacht haben, sind uns allen nur zu gut bekannt. Anders als bei anderen Virusinfektionen, die einige Überlebende immun gegen erneute Ansteckung werden lassen, gibt es nichts im Werdegang von Aids, das einen Hinweis auf eine Therapie oder auf einen Impfstoff geben könnte. Die Opfer bilden zwar Antikörper, erkranken dann aber doch, und zwar in einer weitaus schlimmeren Form, die mit einem Zusammenbruch des gesamten Immunsystems endet. Dieses Rätsel zu lösen, ist die größte Herausforderung für Forschung und, möglicherweise, Therapie. Unseren momentanen Wissensstand müssen wir als entmutigend bezeichnen.
Die lange Latenzzeit steigert die Möglichkeit einer Verbreitung; das Opfer weiß oft nicht, daß es Virusträger ist, geschweige seine Kontaktpersonen. Nichts ist beängstigender als diese andauernde Ungewißheit. Der Angriff des Immunsystems begünstigt außerdem das Einnisten anderer Infektionen – bereits jetzt erleben wir in den USA ein Wiederaufflackern von Tuberkulose und Syphilis und die Wiederkehr einer Reihe vorher kaum beobachteter opportunistischer Erreger. Würde HIV sich leichter ausbreiten, wäre alles noch viel schlimmer; andererseits verstärkt seine faktische Beschränkung auf bestimmte Risikogruppen die sozialen Konflikte um die Kontrollmaßnahmen. Die lange Latenzzeit führt dazu, daß es eine große Gruppe von noch gesunden Virusträgern gibt, deren gesellschaftliche Rechte, z. B. auf Schulbildung und Arbeit, sich im krassen Widerspruch zu der Quarantänementalität der öffentlichen Gesundheitspolitik befinden. Vor zwanzig Jahren hat man mich einen Panikmacher genannt, weil ich das »Gespenst« einer Pandemie an die Wand gemalt habe. In meinen pessimistischsten Vorstellungen hatte ich jedoch nicht mit dem Zusammentreffen der Faktoren gerechnet, die wir jetzt bei Aids beobachten. Aids ist heute in den Vereinigten Staaten schon so verbreitet, daß keine der bei Infektionskrankheiten üblichen öffentlichen Gesundheitsmaßnahmen mehr relevant ist. Es ist wenig sinnvoll, sich auf eine kleine Anzahl von meistens motivierten Individuen zu konzentrieren, während eine viel größere Gruppe ungestört ihren Weg geht. So vieles über Aids ist noch unbekannt, daß – nur um das Ausmaß und den Stand des Problems zu erkennen – umfangreiche Untersuchungen von größter Bedeutung sind. Möglicherweise stellen wir demnächst fest, daß viele medizinische Maßnahmen die Infektion mit HIV noch verschlimmern; dies wird, im Interesse des Patienten, eine erweiterte Durchführung von HIV-Tests bei der Krankenhausaufnahme erforderlich

machen. Und die Patienten werden Klage erheben, wenn sie nicht routinemäßig getestet wurden. Die im Gesundheitswesen Tätigen haben die ethische Pflicht, sich um alle Kranken zu kümmern; dies muß aber Hand in Hand gehen mit dem Recht zu wissen, wie sie ihre eigene Gesundheit schützen können. Ein praktikables Gleichgewicht zwischen den Rechten des Individuums und den Ansprüchen der Gesellschaft wird sich ohne sehr viel einfühlsameres Nachdenken und ohne die unvermeidlichen politischen Auseinandersetzungen nicht ohne weiteres herstellen lassen. Beide Seiten müssen mit handfesterem Wissen ausgestattet werden.

Wird Aids noch schlimmere Ausmaße annehmen? Vielleicht ist es schon schlimmer, als wir denken – gut möglich, daß einige potentielle Trägergruppen noch nicht erkannt wurden und daß diese nach der Erstinfektion eine lange Latenzzeit haben, bevor das Virus wieder auftaucht und Antikörper erscheinen. Wenigstens wird die Krankheit in diesem Stadium nicht auf andere übertragen. Wir müssen noch genauer herausfinden, inwieweit die Krankheit durch heterosexuelle Kontakte übertragbar ist; der Versuch, den künftigen Verlauf der Aids-Ausbreitung durch einfaches Extrapolieren von Zahlen vorauszusagen, ist wenig sinnvoll, wenn ganz unterschiedliche Populationen und Träger betroffen sind. In Afrika haben wir ein trauriges historisches Beispiel für eine ständig wachsende Verbreitung; Argumente, die kulturelle Eigenheiten vorschieben (und nicht die schlichte zeitliche Differenz), um die unterschiedlichen Erfahrungen mit Aids bei uns und in Afrika zu erklären, können mich nicht überzeugen.

Wahrscheinlich werden uns einige Fälle von Aids begegnen, die außerhalb der bekannten Risikogruppen übertragen wurden, z. B. bei medizinischem Personal. Im Gegensatz zu den bekannten vorherrschenden Übertragungsweisen werden solche Fälle eine politische Auswirkung haben, die weit über ihre Bedeutung für die öffentliche Gesundheit hinausgeht. Wir müssen versuchen, uns nicht von einigen tragischen Unfällen, die die statistische Wahrscheinlichkeit eines Kugelblitzes haben, in Panik versetzen zu lassen. Selten in der Geschichte der Menschheit war es so wichtig, trotz der Bedrängung durch Gruppeninteressen, Vorurteile und Ignoranz klare gesellschaftliche Entscheidungen zu treffen.

Wird sich Aids weiter verändern? Eine irritierende Eigenschaft dieser Krankheit ist bereits bekannt: die antigene Variabilität des Aids-Virus, die die Aufgabe, einen Impfstoff zu entwickeln, noch komplizierter macht. Daher wissen wir, daß sich das HIV weiterentwickelt. Seine weltweite Verbreitung hat zur Folge, daß es auf unserer Erde heute mehr HIV gibt als jemals zuvor. Wie stehen die Chancen, daß das Virus den Trick lernt, sich durch die Luft zu übertragen? Die kurze Antwort darauf lautet: Niemand kann es sicher wis-

sen. Diese Eigenschaft kann aber auch jedes andere Virus entwickeln; möglich, daß die nächste Influenza- oder Windpockenepidemie zu einer ungekannten Letalität mutiert. Wenn das HIV im Laufe der Zeit berechenbar bliebe, wäre das an sich beruhigend. Nur kann man sich – bei all den anderen häßlichen Eigenschaften von HIV – die Menschheit kaum schlimmer bedroht vorstellen als mit einer durch die Luft übertragenen Variante des Aids-Virus. Kein Naturgesetz widerlegt diese Möglichkeit; die hohe Anzahl von Aids-Fällen gepaart mit einer Pneumonie erhöht die Wahrscheinlichkeit einer solchen Mutante, analog der Entstehung der Lungenpest. Solche Fälle berechtigen und führen zu strikten Isolationsmaßnahmen; aber wer stellt diese in Afrika sicher? Insbesondere müssen wir uns genauer mit den biologischen Mechanismen beschäftigen, die das Übertragen oder Nichtübertragen von Aids bewirken; unsere heutigen Einschätzungen sind grobe Erfahrungswerte. Und weil so Wichtiges auf dem Spiel steht, müssen wir unsere Wachsamkeit hinsichtlich außergewöhnlicher Übertragungswege verdoppeln.

Unsere Fixierung auf Aids sollte nicht über die Vielzahl der Infektionskrankheiten, die unsere Zukunft bedrohen, hinwegtäuschen. Es ist niemals zu früh, systematisch nach anderen neuen Viren Ausschau zu halten, bevor sich diese unwiderruflich einnisten können. Sicherlich kann man die Grundlagenforschung nicht noch mehr fördern; sie hat ja auch schon außerordentliche Vorwärtssprünge gemacht, vor allem mit Hilfe der rekombinanten DNA-Technologie.[15] Solche Forschungsarbeiten sollten auf breiter internationaler Basis durchgeführt werden, sowohl um den Fortschritt in den Industrienationen allgemein zugänglich zu machen, als auch um die Möglichkeiten zu erweitern, in den am meisten befallenen Ländern an Ort und Stelle zu forschen.

Wir haben auch einige politische Lehren gezogen. Schwer erkämpfte Menschenrechte und die Autonomie des Einzelnen werden sich im Widerstreit mit dem gesellschaftlichen Frieden befinden. Wenn überhaupt, wird es nur mit großer Mühe möglich sein, herkömmliche Methoden der Krankheitsbeherrschung wie Isolation und Quarantäne auf neue Viruserkrankungen anzuwenden. Zwangsimpfungen würden die Grenzen des Erlaubten überschreiten. Individuelle Regreßansprüche nach Impfzwischenfällen erfordern neue Entschädigungsregelungen bei der Sozialversicherung. Da diese bisher nicht existieren, können wir bereits jetzt beobachten, wie Engagement und Fähigkeit der pharmazeutischen Industrie, die Entwicklung neuer Impfstoffe voranzutreiben, in sich zusammenfallen. Die größten Siege werden allerdings die stillsten sein, wenn wir über Viren im vorhinein bereits soviel wissen, daß wir sie daran hindern können, Fuß zu fassen.

Aus dem Amerikanischen von Sigrid Fowler

Anmerkungen

1 Darwin an Bentham, 1863; Darwin an Romanes, 1875.

2 Pasteurs Briefe sind Wissenschaftlern im Archiv des Institut Pasteur in Paris zugänglich.

3 Charles Darwin an J. D. Hooker (1871): »Oft wird behauptet, alle Bedingungen, die für die Entstehung eines Lebewesens erforderlich sind, seien jetzt ebenso gegeben, wie sie es schon immer waren. Aber auch wenn (und oh, welch riesiges Wenn!) wir uns vorstellen könnten, daß in irgendeinem kleinen warmen Teich mit allerhand Ammoniak und Phosphorsalzen, Licht, Wärme, Elektrizität etc. ein Eiweißkörper chemisch geformt wurde, bereit, noch komplexere Verwandlungen einzugehen, würde heutzutage eine solche Substanz sogleich verschlungen oder absorbiert werden, was nicht hätte geschehen können, bevor die Lebewesen entstanden.«

4 John Farley, »The social, political, and religious background to the work of Louis Pasteur«, in: *Ann. Rev. Microbiol.* 32 (1978), S. 133-154.

5 O. T. Avery, C. M. MacLeod & M. McCarty, »Studies on the chemical nature of the substance inducing transformation of pneumococcal types«, in: *J. Exptl. Med.* 79 (1944), S. 137-518.

6 H. A. Zuckerman/J. Lederberg »Forty Years of Genetic Recombination in Bacteria. Postmature Scientific Discovery?«, in: *Nature* 327 (1986), S. 629-631.

7 Theobald Smith, *Parasitism and Disease* (Princeton: Princeton Univ. Press, 1934). F. M. Burnet & D. O. White, Natural history of infectious disease (Cambridge: University Press, 1972; Erstausg. 1940). R. Dubos, *Man adapting* (New Haven: Yale Univ. Press 1965). Siehe auch: Hans Zinsser, *Rats, Lice and History* (Boston: Little Brown, 1935).

8 Paul de Kruif, *Microbe Hunters* (New York: Harcourt Brace, 1926).

9 J. Lederberg, »The ontogeny of the clonal selection theory of antibody formation: reflections on Charles Darwin and Paul Ehrlich«, in: *Trans. N. Y. Acad. Sci.* (1988, im Druck).

10 E. D. Kilbourne, *Influenza* (New York: Plenum Medical, 1987).

11 J. Lederberg, »Cell genetics and hereditary symbiosis«, in: *Physiol. Rev.* 32 (1952), S. 403-430.

12 J. Lederberg, »Biological warfare and the extinction of man«, in: *Stanford M. D.* 8 (1969), S. 15-18; J. Lederberg, »Orthobiosis: The Perfection of Man«, S. 29-58, in: Arne Tiselius/Sam Nilsson (Hg.), *The Place of Value in a World of Facts: Nobel Symposium XIV* (New York: John Wiley & Sons, 1970); J. Lederberg, »The infamous black death may return to haunt us«, in: *The Washington Post*, 31. 8. 1968.

13 Kilbourne, a. a. O.

14 J. Lederberg, »Sputnik 1957-1987«, in: *The Scientist*, 5. 10. 1987.

15 Die ungewöhnlich große Publizität, die 1975 den möglichen Gefahren bei der rekombinanten DNA-Forschung gewährt wurde, führte zu Verunsicherung und Angst der Bevölkerung und zu regulatorischen Maßnahmen. Dadurch verschlechterten sich die Chancen, die ungemein wichtige Erforschung der Virusinfektionen erfolgreich fortzuführen. Einige Teilnehmer der von ebenfalls großer Publizität begleiteten Asilomar-Konferenz rückten diesen Forschungszweig in die Ecke einer amüsanten Freizeitbeschäftigung für Wissenschaftler; wem würde also ein unbefristetes Moratorium schaden? Siehe dazu J. Lederberg, »DNA research: uncertain peril und certain promise«, S. 56-60, in: J. D. Watson/J. Toose, *The DNA story: a documentary history of gene cloning* (San Francisco: Freeman, 1981).

Bücher
für eine bessere Welt

Man wird wieder
aus Himmel und Sternen
Bilder machen
und die Spinnweben alter Märchen
auf offene Wunden legen.
(Christian Morgenstern)

Ein zauberhaftes Märchen für Erwachsene, hintergründig und sehr spannend geschrieben und voller kleiner Denkanstöße. Lassen Sie sich doch mal verzaubern!
96 Seiten 12,– DM

Eines der schönsten und erfolgreichsten Bücher der letzten Jahre: Märchen zum Wachwerden und Nachdenken, Liebhaben und Verschenken. Eine kleine Kostbarkeit!
96 Seiten 12,– DM

Die Fortsetzung von „Die Farben der Wirklichkeit": Ein Märchenbuch über die Sehnsucht nach einer besseren Welt – zum Vorlesen, Verschenken und Aufwachen!
96 Seiten 12,– DM

lucy körner verlag

Rotbuch Rationen

Norberto Bobbio
Die Zukunft der Demokratie

184 Seiten, brosch. DM 29,–

Das politische Projekt der Demokratie ist heute weniger von äußeren Feinden gefährdet als von der inneren Komplexität moderner Gesellschaften. Der bedeutendste politische Philosoph des heutigen Italien unternimmt eine Verteidigung der demokratischen Spielregeln.

Michael Walzer
Exodus und Revolution

176 Seiten, brosch. DM 29,–

Für jede Befreiung gibt es ein Ägypten, gibt es in der Knechtschaft Fleischtöpfe, die aufgegeben werden müssen, sind Wüsten zu durchqueren, um ein gelobtes Land zu erringen. Von der rabbinischen Tradition der Hoffnung bis zur lateinamerikanischen Theologie der Befreiung – das heilige Drehbuch EXODUS spricht viele Sprachen. Es ist ein politischer Text.

Rotbuch Verlag Berlin

Wolfgang van den Daele
Auf der Keimbahn
Die Unvermeidbarkeit der High-Tech-Medizin

Sollte das Aids-Problem jemals gelöst werden, wird die Gentechnik maßgeblichen Anteil daran haben. Sie wird nicht nur die Struktur und Wirkungsweise des HIV-Virus vollständig aufklären, sondern vielleicht auch die gezielte Entwicklung von Medikamenten und Impfstoffen ermöglichen. Manche Perspektiven der Gentechnik sind atemberaubend. Man kann Enzyme, die genetisches Material zerschneiden, gezielt so verändern, daß sie spezifisch nur bestimmte Moleküle, etwa die eines Virus, angehen. Bietet das nicht Ansätze für eine Therapie, die den Menschen Aids-resistent macht? Dazu müßte man die genetische Information für das entsprechende Enzym in das Erbgut einbringen. (Vgl. *Nature* 334 (1988), S. 585 und *FAZ*, 14. 9. 1988)

Die Medizin zerlegt den Menschen, um ihn zu erhalten. Um Leiden zu verringern und den Tod hinauszuschieben, verfallen wir auf immer raffiniertere und radikalere Eingriffe in die menschliche Natur. Wir korrigieren Stoffwechselprozesse, induzieren Immunreaktionen, verpflanzen Kunstgelenke, Kunstherzen und tierische Organe. Mit Hilfe der Gentechnik werden die molekularen Mechanismen des Lebens verfügbar. Die Neurobiologie verspricht die Ausdehnung diagnostischen und therapeutischen Zugriffs auf die materiellen Bedingungen menschlicher Erlebnisse und Antriebe. Grenzen scheint es für medizinische Technik nicht zu geben. Noch ist das ›Gehirn im Tank‹ nur ein Gedankenexperiment der Philosophen. Aber Wissenschaftler haben schon abgetrennte Affenköpfe am Leben erhalten, um die Leistungsfähigkeit moderner Gefäßchirurgie zu erproben. Angeblich hat der Affenkopf in eine Banane gebissen, die man ihm entgegenstreckte – ein eindrucksvoller Beleg für das Gelingen des Experiments. Doch abgesehen von solchen Frivolitäten: Extreme Operationen gibt es auch am Menschen. In der Psychochirurgie wurden Gehirnhälften von Patienten durchtrennt, und vor dem Aufschwung der Chemotherapie wurden bei der Krebsbehandlung gelegentlich Amputationen unterhalb des Brustkorbes (sog. Hemikorporektomien) durchgeführt.

Solche Beispiele provozieren die Frage, ob man die Würde und Person des Menschen wirklich beliebig von seiner gegebenen, wie immer unvollkommenen Natur ablösen kann. Krankheit und Tod sind Teil des menschlichen Lebens. Medizinische Technik, deren regulative Idee der endgültige Sieg über alles Leid und die Abschaffung des Todes ist, muß unmenschlich werden: »Genetic engineering poses the most fundamental of questions. Is guaranteeing our health worth trading away our humanity?«[1]
Gleichwohl ist der Versuch, der weiteren Technisierung des Menschen irgendwo Grenzen zu setzen, zum Scheitern verurteilt. Er scheitert nicht nur an der überlegenen Macht derjenigen, die neue Techniken entwickeln und professionell anwenden wollen, sondern auch an der unabweisbaren Legitimität der Ansprüche Betroffener, von solchen Techniken für eigene Interessen Gebrauch machen zu können. Spätestens bei den medizinischen Anwendungen gehen den fundamentalen Kritikern der Gentechnik die Argumente aus. Die Forderung nach einem vorbehaltlosen gesellschaftlichen Verzicht auf die Gentechnik signalisiert heute – ebenso wie übrigens die unverdrossene Forderung nach Wiederabschaffung der In-vitro-Befruchtung – nur noch politische Hilflosigkeit. Gibt es keine Aussicht, den Weg der Manipulation des Menschen, den wir in der Medizin vor langer Zeit, etwa mit Blinddarmoperationen, Impfungen und Antibiotika einmal beschritten haben, auf irgendeinem höheren Niveau wieder zu verlassen?

›Künstlichkeit‹ als Tabu?

Es wäre ein Leichtes, der weiteren Technisierung des Menschen durch ein Gesetz Einhalt zu gebieten, wenn es eine Grenze gäbe, deren Überschreiten nach dem Urteil »aller billig und gerecht Denkenden« (Bundesgerichtshof) schlicht sittenwidrig wäre, wenn also ein elementarer Respekt vor der Natur des Menschen zu den in unserer Kultur verankerten moralischen Intuitionen gehören würde.
Tatsächlich gibt es Indikatoren für einen solchen Respekt. Die Manipulation der Keimbahn zur Menschenzüchtung, das Klonen (die genetisch identische Vervielfältigung) von Individuen oder die Herstellung von Mensch-Tier-Verbindungen lösen einhellige Abwehr aus. Der vom Bundeskabinett verabschiedete Entwurf eines Embryonenschutzgesetzes, der für solche Eingriffe Gefängnisstrafen bis zu drei Jahren vorsieht, hat gute Chancen, ohne Gegenstimmen akzeptiert zu werden. Häufig wird schon die durch die Technik bedingte ›Künstlichkeit‹, die Abweichung von der gegebenen natürlichen Form menschlichen Lebens, als Verletzung der Menschenwürde empfunden. So argumentiert etwa Ernst Benda, der ehemalige Ver-

fassungsgerichtspräsident, gegen bestimmte Fortpflanzungstechniken: »Die Mutter-Kind-Beziehung ist das natürlichste überhaupt denkbare Verhältnis zwischen Menschen. Es durch technische Manipulation zu verhindern oder zu ersetzen, ist unmenschlich.«[2] Zweifellos mobilisieren die dramatischen Perspektiven der modernen Biotechniken eine in der Gesellschaft noch vorhandene ›Scheu‹ vor weitreichenden Manipulationen an der Natur des Menschen. Erhellend ist in diesem Zusammenhang das Schicksal des Paragraphen 226 a Strafgesetzbuch. Diese Vorschrift, die geduldete Eingriffe in den Körper gleichwohl bestraft, wenn die Tat gegen die guten Sitten verstößt, galt eine Zeitlang als ziemlich unzeitgemäß. Warum sollte es neben der Selbstbestimmung der Betroffenen noch weiterer Rechtfertigungen bedürfen? Gegenwärtig besteht aber offenbar kein Bedürfnis mehr, die Strafnorm zu beseitigen.

Es scheint somit Normen zu geben, die zumindest Kernbereiche der menschlichen Natur gleichsam heiligen und dem technischen Zugriff entziehen. Dieser Schein trügt. Entgegen anderslautender Rhetorik ist die Integrität der Natur des Menschen kein funktionierendes ›Tabu‹ in unserer Kultur. Gewisse Manipulationen mögen wir einhellig zurückweisen. Aber bezeichnenderweise ist unsere moralische Verurteilung meist desto eindeutiger und vorbehaltloser, je weniger die Manipulationen technisch realisierbar sind. Steht eine Technik dann wirklich zur Verfügung, weicht der moralische Absolutismus der Bewertung meist einer differenzierenden Abwägung von Zwecken und Folgen.

So dürfte es schwerfallen, Ersatzmutterschaft einfach mit dem Hinweis zu verwerfen, sie sei unmenschlich. Jedenfalls gilt sie nicht ebenso evident als unmenschlich wie etwa die Tötung eines Neugeborenen oder die Folter. Niemand würde sich ins moralische Abseits stellen, wenn er beispielsweise vorschlüge, unentgeltliche Ersatzmutterschaft unter Umständen zuzulassen. Schon deshalb versagt hier die pauschale Berufung auf die Menschenwürde. Unter Argumentationszwang gesetzt, wird man daher die Ablehnung von Ersatzmutterschaft nicht einfach auf ein in der Gesellschaft verankertes moralisches Tabu stützen können, sondern die mögliche Gefährdung des Kindeswohls und den drohenden Mißbrauch des Verfahrens ins Feld führen müssen.

Vor allem medizinische Zwecke haben bislang immer wieder legitime Anwendungsfelder für neue Technisierungen des Menschen eröffnet. Man muß sich schon bizarre Fälle ausdenken, um auf eine sittenwidrige, unmoralische medizinische Technik zu stoßen. Vielleicht wäre eine Unfallchirurgie, die aus Kopf und Rumpf verschiedener Opfer eine neue funktionsfähige Person zusammenfügt, ein Beispiel. Aber das ist eben ohnehin nur

Science fiction. Grundsätzlich schließt die medizinische Indikation immer die Sittenwidrigkeit des Eingriffs in den menschlichen Körper aus. Das dürfte auch für die Gentherapie in der Keimbahn gelten, also für Korrekturen im Genom zukünftiger Generationen. Selbst wenn Konsens darüber besteht, daß diese Therapie verboten werden sollte, beweist dies keineswegs, daß zumindest die Keimbahn als tabu und unantastbar gilt. Hinter dem Konsens verbergen sich heterogene normative Überzeugungen. Während die einen tatsächlich jeden Eingriff kategorisch ablehnen, weil sie ihn ohne Rücksicht auf die Ziele und die sonstigen Begleitumstände für schlechthin verboten halten, haben die anderen eher pragmatische Gründe. Sie halten die Risiken für die Betroffenen für unvertretbar hoch, lehnen die implizierten Experimente an menschlichen Embryonen ab oder wollen die Gefahren des Übergangs zur Menschenzüchtung abwehren. Offenbar sind die pragmatischen Gründe der gemeinsame Nenner, der die Ablehnungsfront zusammenhält. Sie allein würden letztlich ein Verbot der Keimbahntherapie verfassungsrechtlich decken müssen. Auch das von der Parlamentarischen Versammlung des Europarates geforderte Menschenrecht auf ein »genetisches Erbe, in das nicht künstlich eingegriffen worden ist«, ist weniger strikt, als es klingt. Die Korrektur von Krankheiten bleibt ausdrücklich zugelassen.[3] Unter veränderten Umständen, also wenn die Technik ausgereift ist, Embryonenexperimente nicht erforderlich sind und eine plausible medizinische Indikation präsentiert wird, steht einer Keimbahntherapie nichts im Wege.

Die Rettung von Leben oder die Heilung von Krankheit haben bislang noch jede künstliche Veränderung der menschlichen Natur gerechtfertigt und ›unerhörte‹ Manipulationen schließlich akzeptabel gemacht. Offenbar haben Vorstellungen von der Unantastbarkeit der menschlichen Natur in unserer Kultur einen sehr prekären Status. Sie scheinen sich in dem Maße aufzulösen, wie Techniken für das Eingreifen in diese Natur entstehen. Ungebrochen und selbstverständlich gelten jene Vorstellungen allenfalls, solange die moralischen Schranken, die sie aufrichten, auch zugleich Grenzen unseres technischen Könnens sind. So lange aber sind sie auch gewissermaßen gratis und implizieren keinen wirklichen Verzicht auf immer weitere Manipulation.

Unsere Gesellschaft kennt durchaus wirksame moralische Verdikte von technischen Eingriffen in die menschliche Natur. Aber sie sanktioniert nicht die Form und Intensität der Eingriffe, sondern deren Zwecke und Folgen. Das wichtigste regulative Schema, nach dem erlaubte von unerlaubten Eingriffen unterschieden werden, ist das von Krankheit und Gesundheit. Die Legitimität von Eingriffen in den Menschen nimmt drastisch ab,

sobald diese nicht mehr der Korrektur des Kranken, sondern der Rekonstruktion des Gesunden dienen. Auch darin liegt eine Anerkennung der ›Natürlichkeit‹ des Menschen als Wertmaßstab, sofern nämlich Krankheit definiert wird als Abweichung von dem biologischen Normalzustand des Körpers, der sich in der Evolution als Sollwert für die Spezies Mensch eingeregelt hat. Aber dieser Wertmaßstab impliziert keine Tabus für chemische, physiologische, mechanische oder genetische Manipulationen, die am Menschen innerhalb des Krankheitsschemas vorgenommen werden. Gegen solche Manipulationen kann es vielerlei Einwände geben, etwa daß ihr Nutzen fraglich und das Risiko für den Betroffenen hoch ist, daß sie mißbraucht werden können oder daß sie zu teuer sind. Daß sie die Natur des Menschen durch ›Künstlichkeit‹ ersetzen, kann man dagegen weder dem Arzt entgegenhalten, der die Manipulationen durchführt, noch dem Patienten, der ihnen im Interesse seiner Gesundheit zustimmt.

Kann man trotz des Legitimationsdrucks der medizinischen Anwendungen an der Forderung nach einem radikalen Verzicht auf gentechnische Eingriffe am Menschen festhalten? Verschiedene Argumente werden vorgebracht:

– Das Krankheitskonzept ist kein geeignetes normatives Regulativ. Man kann damit nicht einen legitimen Anwendungsbereich der Gentechnik definieren, ohne die menschliche Natur grenzenlos technisch zur Disposition zu stellen. Die Zulassung der Technik für medizinische Zwecke führt letztlich zu beliebiger Selbst- und Fremdmanipulation des Menschen.

– Es gibt Alternativen, die es erlauben, berechtigte Interessen im medizinischen Bereich ohne Rückgriff auf gentechnische Eingriffe am Menschen zu erfüllen.

Sind diese Argumente zutreffend? Rechtfertigen sie einen Verzicht auf die Anwendung der Gentechnik?

›Krankheit‹ als Regulativ

Die in unserer Kultur vorherrschende Krankheitsdefinition begreift Krankheit als körperliches Geschehen, als Abweichung vom normalen Funktionieren des Organismus. Dieser Begriff trennt analytisch das Phänomen der Krankheit von Faktoren wie Unglück, Armut oder politischer Unterdrükkung, die aber als Ursachen von Krankheiten in Betracht kommen. Der Begriff hat Unschärfen, insbesondere im Bereich der psychischen Leiden. Aber er funktioniert für die Masse aller Fälle, die wir selbst in unserer Biographie als Krankheit erfahren und für die wir im Prinzip das Krankenhaus als zuständig erachten. Die Standardfälle der medizinischen Anwen-

dung der Gentechnik fallen in diesen Bereich. Sie sind an der Diagnose und Behandlung klarer körperlicher Leiden orientiert und gewinnen eben daraus ihre prima facie unproblematische Legitimität.

›Krankheit‹ ist jedoch nicht nur ein biologisches, sondern auch ein kulturelles Konstrukt. Krankheitsdefinitionen sind daher schwankend und verschiebbar. Die Optionen der Gentechnik provozieren neue oder verschärfen alte Unsicherheiten. Sind Kleinwuchs und Hochwuchs Krankheiten? Ab wann ist eine mit Chromosomenanomalien möglicherweise verbundene Verringerung der Intelligenz geistige Behinderung, wann liegt sie noch im Variationsbereich von normalen Fähigkeiten? Sind angeborene Stoffwechselbesonderheiten Krankheitsanlagen, auch wenn sie nur mit gewisser Wahrscheinlichkeit oder nur unter bestimmten Umwelteinwirkungen gesundheitliche Probleme mit sich bringen? Sind heterozygote, rezessive Erbmerkmale, die für die Träger keinen Krankheitswert haben, wohl aber für deren Kinder, falls diese das Merkmal von beiden Eltern erben, genetische Defekte? Hier deutet sich die Ausdehnung medizinischer Definitionen und Interventionen in den Bereich des Gesunden an. Vor allem kann man mit steigender Einsicht in die genetischen Bedingungen von Krankheiten zunehmend nicht nur auf manifeste Krankheiten, sondern auch auf die Ursachen und Risikofaktoren für zukünftige oder mögliche Krankheiten reagieren.

Die Reichweite ärztlicher Eingriffe in den Menschen wird sich verändern, wenn sich das Krankheitsschema und die ihm zugrundeliegenden Hintergrundwertungen in der Gesellschaft verschieben. Dagegen ist wenig einzuwenden, wenn die Legitimität solcher Eingriffe aus der Bindung an das Krankheitsschema folgt. Daß solche Verschiebungen zu beliebiger technischer Manipulierbarkeit des Menschen führen, ist unwahrscheinlich. Was in der Kultur als ›Krankheit‹ gilt, ist flexibel, aber nicht willkürlich definierbar. In jedem Fall erscheinen Technikverbote kaum geeignet, einen ›drohenden‹ Wertwandel abzuwehren. Denn die Werte sind gleichsam das logisch Frühere. Von ihnen hängt auch die Legitimität der Verbote ab. Im übrigen dürfte die eigentliche Gefahr der gentechnischen Optionen nicht darin bestehen, daß weitergehende technische Manipulationen am Körper akzeptiert werden, sondern vielmehr darin, daß immer mehr ›noch‹ gesunde Menschen sozial als erblich belastet, behindert oder defekt etikettiert und wie Kranke kontrolliert oder diskriminiert werden. Daß wir angemessene Lösungen für dieses Problem haben, wird man angesichts der offenen Fragen etwa im Umgang mit HIV-Infizierten schwerlich behaupten dürfen. Auch hier kann die Lösung nicht in Technikverboten liegen, sondern nur in einem Ausbau von Freiheitsrechten, mit denen Betroffene ungerechtfertigte

präventive Zwänge und gesellschaftliche Diskriminierungen als Risikopersonen abwehren können.
Unbestreitbar schafft jede Zulassung neuer medizinischer Techniken auch neue Möglichkeiten des Mißbrauchs. Wo immer das Krankheitsschema die Grenzen legitimer Manipulation des Menschen zieht, diese Grenzen sind bloß normativ. Was verboten ist, kann gleichwohl passieren. Und – so der Einwand – es wird passieren. Irgendwann werden gentechnisch erzeugte Suchtmittel auch auf dem illegalen Drogenmarkt auftauchen. Besessene Forscher werden Embryonen für Forschungszwecke herstellen, möglicherweise sogar versuchen, einen Menschen zu klonen. Vielleicht werden Eltern tatsächlich auch einmal ihren Kindern Wachstumshormon verabreichen, um sie auf Basketballspielerformat zu bringen – ein angeblicher Fall, der durch die Literatur geistert.
Die Frage ist jedoch, wann die Möglichkeit des Mißbrauchs den Verzicht auf den Gebrauch der Technik erzwingt oder rechtfertigt. Man wird den Schaden, der aus dem Mißbrauch droht, gegen den Nutzen abwägen müssen, den der Gebrauch verspricht. Ein Verbot der Produktion und Anwendung des Wachstumshormons etwa ginge zu Lasten von Zwergwüchsigen. Ihnen entzöge man Behandlungschancen. Man setzte sie dem gesellschaftlichen Stigma extremer Kleinheit aus, nur um Mißbräuche der Technik an anderer Stelle sicher kontrollieren zu können. Natürlich müßte man dieses Stigma selbst beseitigen. Aber das hilft den Betroffenen wenig. Es muß daher versucht werden, den Mißbrauch zu verfolgen, ohne den Gebrauch auszuschließen. Es dürfte genügen, Ärzten, die sich an der ›Hormonbehandlung‹ zur Erzeugung von Riesen beteiligen, die Approbation zu entziehen und sie den betroffenen Kindern gegenüber schadensersatzpflichtig zu machen.
Suggestiv sind Mißbrauchsszenarien, die die Gefahr massenhafter, staatlich organisierter Durchbrechung der normativen Schranken der Manipulation von Menschen projizieren, etwa die Konstruktion strahlenresistenter Soldaten oder die Befriedung der Bevölkerung durch Einsatz von neuen Drogen. Genau besehen liefern aber gerade solch extreme Szenarien kaum brauchbare Argumente für die Forderung nach einem totalen Verzicht auf eine neue Technik. Sie setzen voraus, daß in der Gesellschaft sämtliche institutionellen Freiheitssicherungen durchbrennen und Verbrechen sozusagen System wird. Die Gefahr, daß dies passiert, mag es geben. Aber sie wird weder durch die technischen Möglichkeiten als solche ausgelöst, noch kann ihr durch Beschränkung dieser Möglichkeiten wirksam begegnet werden. Despotische Gesellschaften sind, wie die Geschichte des Nationalsozialismus belegt, auf jedem technischen Niveau verheerend. Und es wäre ein

verhängnisvoller politischer Irrtum zu glauben, ein Verbot der Gentechnik etwa könne den notwendigen Widerstand gegen die Demontage rechtsstaatlicher und demokratischer Ordnungen in der Gesellschaft ersetzen.
Andererseits wäre es natürlich ebenso verfehlt, nun einfach die politische Unschuld technischer Mittel auszurufen. Technische Optionen bilden eine Art ›opportunity structure‹ (Gelegenheiten, Anreize) für Fehlentwicklungen, die nicht den Zusammenbruch jeder Wertkontrolle schon voraussetzen, sondern an der Grenze des Noch-oder-nicht-mehr-Akzeptablen in die Gesellschaft gleichsam hineinkriechen. Die langsame Anhäufung von Elementen eines Überwachungsstaates durch die Anwendung der Datenverarbeitung (maschinenlesbarer Ausweis, Versicherungspersonenkennzeichen, Rasterfahndung etc.) ist ein Beispiel. Hier muß es möglich sein, den Anfängen zu wehren, indem man Techniken im Vorfeld des manifesten Mißbrauchs einschränkt. Andernfalls könnte es für wirksame Kontrollen bald zu spät sein. Jedenfalls darf man nicht der Naivität mancher Wissenschaftler in Los Alamos verfallen, die glaubten, sie könnten sich zuerst an der Entwicklung der Atombombe beteiligen, dann aber deren militärischen Einsatz unterbinden.
Die Atombombe der gentechnischen Manipulation des Menschen ist die Menschenzüchtung. Gleichwohl ist zu fragen, ob man, um schleichende Übergänge zur Menschenzüchtung mit Sicherheit abzuwehren, auch alle technischen Optionen für die Behandlung von Krankheiten abschneiden soll. Kann der drohende Mißbrauch nicht auch eine Stufe später wirksam kontrolliert werden? Vorbeugende Gefahrenabwehr wird durch die Maximierung ihrer Wirksamkeit selbst zur Gefahr. Das gilt für die Prävention von Krankheit durch die Steuerung gesunden Verhaltens ebenso wie für die Prävention von Verbrechen durch die Kontrolle des Täters und seines Milieus vor der Tat. Auch ein vorbeugendes Verbot jeder Anwendung der Gentechnik wäre sicher unvertretbares ›Übermaß‹. Ebensowenig, wie man zur Abwehr des Überwachungsstaates den Computereinsatz in der Wettervorhersage verbietet, wird man zur Abwehr von Menschenzüchtung schon die gentechnische Entwicklung von Malariaimpfstoffen oder die Gentherapie von Blutkrankheiten unterbinden wollen. Ein Verbot von Keimbahneingriffen ohne zwingende medizinische Indikation dürfte die angemessene präventive Interventionsebene sein.
Die Frage ist, ob solche Gefahrenabwehr irgendwo ›in der Mitte‹ einer Technikentwicklung verläßlich ist. Die bestehenden normativen Schranken der Technikanwendung (das Krankheitsschema und ein Embryonenschutzgesetz etwa) könnten nicht nur durchbrochen werden. Sie könnten auch aufhören zu bestehen, weil sie bei fortschreitender Gewöhnung an die neue

Technik unplausibel und unverbindlich werden. Die gesellschaftlichen Maßstäbe dafür, was legitime und nicht-legitime Manipulationen am Menschen sind, können ins Rutschen geraten. Das ist denkbar. Aber ist es eine abzuwehrende ›Gefahr‹?

In Teilbereichen haben wir schon heute das Krankheitskonzept als normative Schranke technischer Verfügung über menschliche Natur hinter uns gelassen. Sterilisation zum Zwecke der Empfängnisverhütung ist legitim, Schwangerschaftsabbruch nach der sog. Notlagenindikation oder als Selbstbestimmung zumindest faktisch etabliert. Kosmetische Chirurgie befindet sich in einer Übergangszone, in der sie teils noch an den Schein medizinischer Indikation gebunden bleibt, teils schon als human-technologische Dienstleistung des Arztes nach Wünschen des Auftraggebers hingenommen wird. Dieser Trend kann weitergehen. Mit unseren gegenwärtigen Wertvorstellungen ist es unvereinbar, daß Menschen sich mittels Drogen selbst entpersonalisieren, daß die ›vorgeburtliche‹ Ontogenese von Kindern an die Technik delegiert wird oder daß man Embryonen erzeugt, um sie als Organbanken für Transplantationen zu verwenden. Aber werden dies auch noch die Wertvorstellungen der nächsten Generation sein?

Eine zukünftige Gesellschaft könnte manche unserer heutigen moralischen Bedenken ebenso als bloß noch historisch verständlich empfinden wie wir den Widerstand vergangener Zeiten gegen die Ehescheidung oder das Bestehen auf Keuschheit vor der Ehe. Natürlich könnte sie auch umgekehrt manche unserer heutigen moralischen Bedenkenlosigkeiten, also etwa den Grad zugelassener Eingriffe in die menschliche Natur, unverständlich finden. Wertsysteme sind kulturelle Phänomene. Und selbst universalistische Begründungen schützen Normen vor einer Relativierung nur, solange die Kultur solche Begründungen sanktioniert. Letzten Endes wird man Veränderungen der Moral ebensowenig mit moralischen Argumenten abwehren können wie den Verlust des Glaubens mit religiösen Argumenten. Selbstverständlich aber berührt die abstrakte Einsicht, daß unsere Wertvorstellungen historisch relativ sind, nicht deren gegenwärtige Geltung. Sie diskreditiert auch nicht den Versuch, Trends entgegenzutreten, die in unseren Augen moralischer Verfall sind. Aber dabei kann es nur darum gehen, die geltenden Wertgrenzen erlaubten Handelns strikt durchzusetzen, nicht darum, auch erlaubtes Handeln zu verbieten, weil es langfristig möglicherweise einen Wandel der Legitimitätsvorstellungen bewirken könnte. Medizinische Techniken zur Behandlung von Krankheiten werden nicht dadurch illegitim, daß im Zuge ihrer Etablierung möglicherweise die Bereitschaft in der Gesellschaft wächst, auch Manipulationen des Gesunden eher zu akzeptieren.

Die Forderung nach Technikverzicht, um die Gefahr eines Wertwandels abzuwehren, ist der fragwürdige Versuch, die normativen Prinzipien in der Gesellschaft gegen kulturelle Transformation zu immunisieren. Sicher dürfen die gegenwärtig lebenden Menschen die Nachwelt nicht durch ihre Techniken und die damit errichtete Infrastruktur ›kolonisieren‹. Aber es kann nicht ihre Pflicht sein, alles zu unterlassen, was dazu führen kann, daß kommende Generationen etwas anderes als wir für angemessen, vertretbar und richtig halten.

Alternativen zur Gentechnik in der Medizin

Die Frage, ob es Alternativen gibt, die den Einsatz gentechnischer Produkte und Methoden in der Medizin erübrigen, kann unterschiedlich zu beantworten sein, je nachdem, ob man sie aus der Sicht der betroffenen Kranken oder aus der Sicht wünschenswerter gesundheitspolitischer Strategien stellt.

Aus der Sicht der betroffenen Kranken zählt als Alternative nur, was ihnen in zumindest demselben Maße hilft oder Hilfe in Aussicht stellt wie die Gentechnik. Man kann den Betroffenen nur Alternativen entgegenhalten, die es schon gibt, nicht aber solche, die es – sinnvolle gesundheitspolitische Entwicklung vorausgesetzt – einmal geben könnte. In einigen Fällen gibt es Alternativen. Dauernd insulinabhängige Diabetiker (in der BRD ca. 400 000 von 1,2 Mio.) könnten wie bisher auf Schweineinsulin anstatt auf das gentechnische Humaninsulin zurückgreifen. Blutern könnte mit aus Spenderblut gewonnenen Gerinnungsfaktoren geholfen werden, falls diese sich in ausreichenden (und bezahlbaren) Mengen produzieren lassen und von Hepatitis- und Aids-Viren freigehalten werden können. In anderen Fällen scheinen Alternativen zu fehlen, etwa bei dem gentechnisch erzeugten TPA, das die Überlebenschancen von Herzinfarktpatienten gegenüber allen bisher bekannten Mitteln (etwa Streptokinase) deutlich verbessert. Bislang hat sich die Gentechnik nur in sehr wenigen Fällen als konkurrenzlos medizinisch wertvoll erwiesen. Aber naturgemäß richten sich die Erwartungen der Ärzte und die Hoffnungen der Patienten vor allem auf Krankheiten, bei deren Behandlung man bisher erfolglos war – so wird etwa getestet, ob Interferone bei bestimmten rheumatischen Erkrankungen (Polyarthritis) helfen.

Aus der Sicht der Gesundheitspolitik kommen Alternativen zur Gentechnik möglicherweise in einem viel weitergehenden Umfang in Betracht. Gentechnische Methoden folgen dem naturwissenschaftlichen (biomedizinischen) Krankheitsmodell. Sie implizieren, daß man sowohl die Symptome

der Krankheit als auch deren Ursachen und die Ansatzpunkte für ärztliche Interventionen ausschließlich im Körper der Betroffenen zu suchen hat. Die Kritik an diesem Modell macht geltend, daß man damit bei vielen, insbesondere degenerativen chronischen und psychischen Erkrankungen bisher kaum Erfolg gehabt hat und daß es häufig nur zu einem Kurieren am Symptom führt. Das Krankheitsgeschehen wird im Körper der Betroffenen ›bearbeitet‹. Die krankmachenden Ursachen in der Umwelt bleiben außer Betracht. Im Extremfall kann pharmakologische Streßkontrolle die Verbesserung des Arbeitsklimas erübrigen oder Massenimpfung die Sanierung der Wohnverhältnisse und der Wasserversorgung.

Diese Einwände mögen berechtigt sein. Ebenso mag die Forderung nach stärkerer Berücksichtigung alternativer, etwa psychosomatischer und sozialpräventiver Strategien in der Medizin berechtigt sein. Aber gerade gegen gentechnische Methoden lassen sich solche Alternativen nur schwer ins Feld führen. Bei vielen erblich bedingten Krankheiten kann man nur mit diesen Methoden die Ursachen aufklären und auf der Basis kausalen Verstehens möglicherweise Therapien entwickeln. Die einschlägigen Krankheiten sind sehr selten. Aber zusammengenommen ist bei etwa drei Prozent aller Neugeborenen mit einer angeborenen, meist genetisch bedingten Schädigung des Körperbaus oder des Stoffwechsels zu rechnen.

Für Krankheitsbilder, bei denen genetische Defekte durchschlagen, ist offenbar das biomedizinische Modell nicht nur ein mögliches, sondern das einzig mögliche Krankheitskonzept. Als Alternative könnte man hier allenfalls die pränatale Diagnostik und die selektive Abtreibung betroffener Föten ansehen. Das eröffnet jedoch für die schon lebenden Betroffenen und für Risikopersonen, die mit dem Ausbruch der Krankheit rechnen müssen, keinerlei Perspektiven auf Hilfe. Eine solche Perspektive aber, wie vage sie auch sein mag, liegt in den Möglichkeiten der Gentechnik.

Auch bei den vielen degenerativen und psychischen Erkrankungen, die nicht oder allenfalls zu einem geringen Teil genetisch bedingt sind, wäre ein Verbot der gentechnischen Optionen problematisch. Selbstverständlich muß man eine breit gefächerte Ursachenforschung betreiben, um den psychischen, biographischen, ökologischen und sozialen Bedingungen für diese Leiden auf die Spur zu kommen. Eine solche Forschung darf aber nicht die Fortsetzung von Behandlungsversuchen auf der somatischen Ebene ausschließen. Erfolgreiche Behandlung setzt nicht voraus, daß an den ›eigentlichen‹ Ursachen – was immer das sei – angesetzt wird, sondern daß der komplexe Zusammenhang von Bedingungen irgendwo unterbrochen wird. Niemand kann voraussagen, ob sich nicht mit Hilfe der Gentechnik für diese Erkrankungen nunmehr doch wirksame Heilverfahren auf der Ebene

von Stoffwechselkorrekturen entwickeln lassen. Jedenfalls ist die Gegenthese, daß allein psycho-soziale Interventionen erfolgreich sein können, eine mindestens ebenso gewagte Vermutung. Auch hier gilt, daß man sich gegen die Anwendung der Gentechnik nicht auf Alternativen berufen kann, die es noch gar nicht gibt. Sinnvoll erscheint allein die Kumulation und Parallelisierung aller denkbaren Strategien.

Schließlich kann auch die Möglichkeit von Prävention nur begrenzt gegen die Fortsetzung kurativer Strategien ausgespielt werden. Das ist selbstverständlich, wenn es um die Behandlung der schon Erkrankten geht. Niemand würde auf die Idee kommen, die Suche nach einem Aids-Impfstoff einzustellen, weil man weiß, wie man eine Infektion vermeiden kann, oder einem Herzinfarktpatienten das neueste High-Tech-Medikament mit dem Argument vorzuenthalten, er hätte ja rechtzeitig das Rauchen aufgeben können. Aber auch als gesundheitspolitisches Ziel vermag Prävention die weitere Entwicklung kurativer Optionen kaum zu ersetzen, weil die Wahrscheinlichkeit hoch ist, daß man die komplexen sozialen Ursachen von Krankheiten nicht erkennen oder, wenn man sie erkannt hat, nicht steuern kann. Häufig führt die Kausalanalyse zu biographischen oder gesellschaftlichen Strukturen, die weder durch professionelle Aktivitäten des Arztes noch durch gesundheitspolitische Maßnahmen des Gesetzgebers leicht beeinflußbar sind. Wenn Prävention aber bloß im Prinzip denkbar, faktisch jedoch undurchführbar ist, kann sie kein Argument dafür sein, auf mögliche kurative Optionen zu verzichten. Es sei denn, man nimmt in Kauf, daß man die Betroffenen später auf die Perspektive der Reform der Gesellschaft vertrösten muß, ihnen Hilfe aber nicht bieten kann. Möglicherweise wird die Fortsetzung der Investitionen in die Biomedizin den politischen Druck auf soziale Prävention verringern und vielleicht sogar dazu beitragen, den notwendigen Wandel überhaupt zu blockieren. Das muß man hinnehmen. Auf Optionen der Korrektur von Krankheiten zu verzichten, um die Bereitschaft zur Prävention zu erhöhen, ist weder moralisch gerechtfertigt noch politisch durchsetzbar.

Die Alternative, sich mit Leiden abzufinden

Natürlich gibt es immer die Alternative, sich mit einem gegebenen Maß an unvermeidbaren Krankheiten und Behinderungen abzufinden, anstatt die medizinische Technisierung des Menschen endlos fortzusetzen. Wenn uns die Abschaffung des Todes nicht gelingt, kommen wir ohnehin nicht darum herum, uns abzufinden. Es wäre daher verhängnisvoll, wenn der medizinische Fortschritt die Fähigkeit der Menschen vernichten würde, sich mit

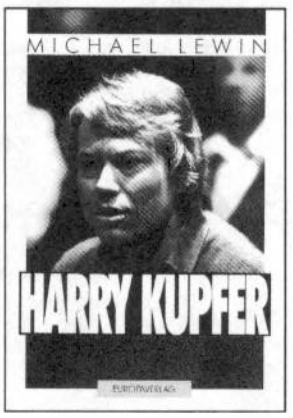
Krankheit und Tod abzufinden und ihnen für die eigene Existenz Sinn abzugewinnen.
Aber für wen ist es eine Alternative, sich mit Leiden abzufinden, anstatt nach immer neuen technischen Mitteln der Behandlung zu greifen? Für den Betroffenen selbst nicht und für niemanden sonst – nicht für die nächsten Angehörigen, nicht für den Arzt, nicht für den Gesundheitspolitiker. Die extremen Techniken der Intensivmedizin mögen jedem von uns in zunehmendem Maße die Entscheidung abverlangen, ob er sich am Ende seines Lebens noch an weitere Schläuche hängen lassen soll, oder ob er nunmehr in Würde sterben will. Aber diese Entscheidung ist eine höchstpersönliche. Niemand kann für andere den Sinn ihres Lebens oder Sterbens wählen. Das gilt auch für die Frage, ob man ein Leiden akzeptieren soll – und im übrigen ebenso etwa für die Fragen, ob man einen Fötus mit einer schweren Behinderung austragen und ob man auf Kinder verzichten soll, wenn man ohne technische Fortpflanzungshilfe keine bekommen kann.
Jeder Einzelne hat ein unverzichtbares Recht, sich der weiteren medizinisch-technischen Manipulation seines eigenen Körpers zu entziehen und gegebenenfalls lieber zu sterben. Aber das ist eine Entscheidung jenseits aller Verpflichtungen. Sie kann ihm nicht durch moralische Erwartung oder rechtlichen Zwang von der Gesellschaft aufgedrängt werden. Leben ist ein alles überragender Wert in unserer Kultur. Und der Zugang zu verfügbaren Mitteln der Gesundheit ist durch das verfassungsmäßige Grundrecht auf körperliche Integrität garantiert. Unter diesen Voraussetzungen gibt es letztlich keinen Spielraum für Normen, die regeln, wieviel Gesundheit der Mensch braucht und welche technischen Optionen zur Abwehr von Krankheit noch sinnvoll oder wünschenswert sind.
Lediglich über die Verteilung öffentlicher Ressourcen, im wesentlichen also bei der Entscheidung über Forschungsförderung, Krankenhausbau und Kassenfinanzierung, läßt sich der Bedarf an Gesundheit politisch kontrollieren. Dabei können die Schwere von Krankheiten, die Zahl und die Altersgruppe der Betroffenen und die Zumutbarkeit des Leidens eine Rolle spielen. Auch hier ist der Spielraum faktisch jedoch gering angesichts des Legitimationswertes von Gesundheitsausgaben im Verhältnis zu anderen Prioritäten wie etwa der Förderung der Weltraumfahrt oder der Subventionierung der Landwirtschaft. In jedem Fall aber handelt es sich nur um die Verwaltung knapper Ressourcen, nicht um eine verbindliche Festlegung der Grenzen, bis zu denen man ein Leiden ertragen oder mit medizinischer Technik behandeln soll. Gesundheitspolitisch ist allenfalls das Argument, daß kein Geld da ist, legitim, nicht aber die Überlegung, ob man wirklich für alle Krankheiten immer neue Techniken der Linderung oder Heilung braucht.

»Lieber tot als manipuliert« ist keine politische Option. Es ist nicht zu sehen, wie man rechtfertigen könnte, daß eine Mehrheit, die vermutlich bei bester Gesundheit ist, einer Minderheit von betroffenen Kranken mögliche Hilfen abschneidet, um die Ambivalenzen technischer Entwicklung besser zu bewältigen. Ob man in der Medizin die Natürlichkeit des Menschen gegen die immer weitere Technisierung des Körpers ausspielen soll, ist letztlich eine Frage, die jeder mit sich selbst ausmachen muß.
Man kann diesem Rekurs auf Selbstbestimmung auch nicht entgegenhalten, daß angesichts der Zwänge, denen in unserer Gesellschaft jeder ausgesetzt ist, von freien Entscheidungen und authentischen Bedürfnissen in Wahrheit nicht die Rede sein könne. Die Angst vor Krankheit und Schmerz ist nicht deshalb weniger beachtlich, weil sie vielleicht eine Besonderheit der westlichen Kultur ist und womöglich das ideologische Leitbild des reibungslos funktionierenden Industriemenschen spiegelt. Kritik der sozialen Bedingungen, unter denen Entscheidungen getroffen und Bedürfnisse artikuliert werden, ist notwendig. Aber die Konsequenz der Kritik kann immer nur sein, daß die Betroffenen selbst ihre Ansprüche und Bedürfnisse neu definieren. Es gibt keine Instanz, die im Namen der Kritik diese Ansprüche und Bedürfnisse nach wahren und unwahren oder authentischen und aufgesetzten sortieren könnte. Es sei denn, man kehrt zu einer Kultur zurück, in der es privilegierte Träger geoffenbarter Wahrheiten gibt, die alle anderen bis zu deren gelungener Bekehrung oder Aufklärung entmündigen dürfen.

Nachweise

1 Jeremy Rifkin, *Algeny*, Penguin 1984, S. 233
2 Ernst Benda, »Die Erprobung der Menschenwürde am Beispiel der Humangenetik«, Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenschrift *Das Parlament*, 19. Januar 1985, S. 29
3 Parlamentarische Versammlung des Europarates, »Empfehlung Nr. 934, Betr. Genmanipulation«, *Bundestagsdrucksache* 9/1373, S. 12 (1982)

NEU
IM EV EUROPAVERLAG



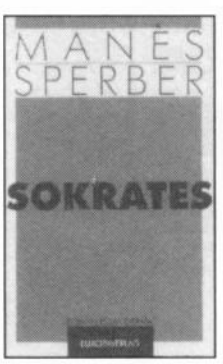
Michael Lewin

Harry Kupfer

Mit einer Einleitung von Hans Mayer

Französische Broschur, 16,9 × 24 cm,
472 Seiten mit 261 Abbildungen
DM 58,–, öS 398,–

Anläßlich Harry Kupfers Neuinszenierung des *Ring des Nibelungen* in Bayreuth: Der Regisseur gibt Auskunft über seine gesamte Theaterarbeit. Ein spannedes, informatives und reich bebildertes Buch für Opernfreunde und -feinde.



Manès Sperber

Sokrates

Roman, Drama, Essay

Leinen mit Schutzumschlag, 13 x 20,8 cm,
168 Seiten,
DM 29,80, öS 198,–

In diesem Buch über Sokrates (ein Essay und zwei bedeutende Fragmente aus dem Nachlaß) gelingt Manès Sperber ein faszinierendes Porträt des kompromißlosen Weisen, der sein Todesurteil selbst herausfordert.
Ein zeitloses Buch voll innerer Spannung!

25 Jahre edition suhrkamp

Aus dem Jubiläumsprogramm

»Neue Literatur und neue Autoren… Auch nach einem Vierteljahrhundert noch ist die edition suhrkamp so vielseitig und anregend, wie eine Taschenbuchreihe nur sein kann.«
Süddeutsche Zeitung

Marguerite Duras
Das tägliche Leben
Aus dem Französischen von Ilma Rakusa
es 1508. DM 12,–

Durs Grünbein
Grauzone morgens
Gedichte
es 1507. DM 10,–

Jürg Laederach
Vor Schrecken starr
Fixierungen, Stechblicke, Obsessionen
es 1503. DM 20,–

Werner Söllner
Kopfland. Passagen
Gedichte
es 1504. DM 10,–

In allen Buchhandlungen

DR. MED. **Mabuse**

Verlag & Zeitschrift im Gesundheitswesen

Das auflagenstärkste kritische Magazin für Leute in Gesundheits- und Sozialberufen.

Aktuelle Gesundheitspolitik, Medizingeschichte, Internationales, Ärztl. Friedensbewegung, Gewerkschaftspolitik, Standesideologie, Alternativmedizin u.v.a.m.

Zwischen zwei Kulturen – Was macht Ausländer krank?
Hrsg. von H. Kentenich, P. Reeg und K. H. Wehkamp
Eine Bestandsaufnahme der Situation von Ausländern in der Medizin in der Bundesrepublik Deutschland
184 Seiten, **9,80 DM**
Nr. 1010

Für mich nur das Beste!
Therapietips aus drei Generationen
Ernsthaftes und Kurioses aus dem Deutschen Ärzteblatt. Hexengeflüster von der Kräutergruppe des Berliner Gesundheitsladens
Von Hackethal bis Kneipp. Großformat
416 Seiten, **10 DM**
Nr. 1015

H. Steppe (Hg.)
Krankenpflege im Nationalsozialismus
Dieses Buch arbeitet die Geschichte des Pflegeberufes im 3. Reich auf. Mit Dokumenten, Interviews, einer Zeittafel, einer umfangreichen Liste der Quellen- und Sekundärliteratur sowie vielen Fotos
160 Seiten, **15 DM**
Nr. 1020

Sierck/Wunder (Hg.)
Sie nennen es Fürsorge
Behinderte zwischen Vernichtung und Widerstand (Behinderte unterm Hakenkreuz. Krüppelbewegung heute. Wider die Therapiesucht ...)
208 Seiten, **15 DM**
Nr. 1022

Medizin und Atomkrieg – hilflos?
Ärzte warnen vor dem Atomkrieg. Beiträge vom »2. Med. Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges«. Texte von A. Mechtersheimer, H. Begemann, H. E. Richter, U. Gottstein, F. Barnaby, L. Dumas, u.a.
160 Seiten, **6 DM**
Nr. 1014

Hans Ludwig Siemen
Das Grauen ist vorprogrammiert
Psychiatrie zwischen Faschismus und Atomkrieg – Geschichte der Militärpsychiatrie
248 Seiten, **9,90 DM**
Nr. 1027

Peter O'Neill
Gesundheit 2000 – Krise und Hoffnung
Hrsg. vom Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Um eine Krise abzuwenden, fordert die WHO in ihrer Regionalstrategie »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« eine grundlegende Orientierung. 200 S., zahlr. Abb., Tab. u. Schaubilder,
24,80 DM; Nr. 1017

Medizin und Nationalsozialismus
Baader, Dörner, Huebschmann, Kudlien, Leibfried, Roth, Schwarberg u.a. Das Standardwerk zum Thema
3. Auflage
256 Seiten, **15 DM**
Nr. 1021

Ich bestelle

☐ **Gesamtverzeichnis der Bücher & kostenloses Probeheft**
☐ **folgende Bücher:**

Stück	Nummer	Einzelpreis

☐ Verrechnungsscheck liegt bei
☐ Schickt mir eine Rechnung

Absender

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Datum, Unterschrift

Abtrennen und einsenden an: Mabuse, Postfach 11 06 42, 6000 Frankfurt 1 ☎ 069/7 38 17 24

Die gestundete Arbeit

Ein Gespenst geht um, dem gegenüber alle anderen Bedrohungen ihren Schrekken verloren haben: die Massenarbeitslosigkeit. Gelähmt, handlungsunfähig und hilflos starren ihm die Verantwortlichen in Staat und Wirtschaft, vereint in Agonie mit den Gewerkschaften und den Scharen der potentiell betroffenen Arbeitnehmer, entgegen. »Im Schweiße deiner Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes sollst du dein Brot essen!« – so lautet die neue Verheißung.

Arbeit, wenn auch nicht immer lukrative, gab es in genügender Menge, solange der Markt ungesättigt war. Erst die maßlose Überproduktion, deren Folge die Sättigung des Marktes ist, hat das Gespenst der Arbeitslosigkeit heraufbeschworen, das sich anschickt, nicht nur den Wohlstand der westlichen Welt, sondern auch das in hundert Jahren Arbeitskampf erreichte Lebenswerk der Gewerkschaften, die Wohlfahrt des europäischen Arbeitnehmers, zu vernichten. Eine Regierung, die kein Programm zur Dämpfung der Arbeitslosigkeit anbieten kann, steht auf verlorenem Posten.

Drei Gruppen von Vorschlägen stehen zur Disposition. Die erste, sozusagen kanonische, vertreten von Regierung, Parteien und Gewerkschaften, visiert die industrielle Investitionsförderung an; mit diesem Instrument sollen Arbeitsplätze geschaffen und der Wirtschaft Anreize zur vermehrten Einstellung von Arbeitskräften gegeben werden. Die Nuancen betreffen Art und Höhe solcher Förderung sowie den Einbezug eventueller Arbeitszeitverkürzungen mit oder ohne Lohnausgleich, je nach Stellung des Befürworters dieses Konzepts zu den Arbeitnehmern. Diese Gruppe von Vorschlägen ist die älteste, vielfach erprobt und stets von der Wirk-

lichkeit falsifiziert. Daß die Mehrzahl der Verantwortlichen ihr anhängt, hat seinen Grund in deren traditioneller, konservativer, Denkanstößen gegenüber nicht aufgeschlossener Ausrichtung.

Die zweite Gruppe, man darf sie die »gutwillige« nennen, appelliert an den Arbeitnehmer, sein Problem selbst anzupacken: einen Arbeitsplatz für zwei zu nehmen, auf die Hälfte seines Einkommens zu verzichten, den Gürtel enger zu schnallen – kurz, Konsumverzicht zu leisten. Dieser Vorschlag ist ebenfalls alt, einfallslos und illusionär. Seine Verwirklichung setzt guten Wil-

len, Einsicht und Mitgefühl voraus. Nichts davon läßt sich erzwingen. Das Beispiel vereinzelter Intellektueller, die dem Aufruf gefolgt sind, straft das Modell Lügen; denn deren halbiertes Gehalt gestattet immer noch einen Lebensstandard hoch genug über dem Existenzminimum, und mit der gewonnenen Freizeit gewinnen die jeweiligen Herren Professoren Zeit für honorierte Nebentätigkeiten. Machen wir uns nichts vor: dem normalen Arbeitnehmer kann ein solches Modell nicht schmackhaft gemacht werden. Seinen Lebensstil, der zwar anspruchsvoll, doch keineswegs überspitzt ist, auf ein unzumutbares Niveau abzusenken, dazu kann ihn nur die Not zwingen. Aber dieses Modell ist aus einem weiteren Grunde irreal, weil die von ihm geforderte Konsumbeschränkung den elementarsten Grundsätzen des Marktes zuwider läuft. Seine Durchsetzung würde in letzter Konsequenz die Abkehr vom System der freien Marktwirtschaft bedeuten.

Die dritte Gruppe von Vorschlägen zielt auf die Schaffung einer neuen Kleinindustrie, die vor allem in der Umweltsanierung angesiedelt sein und eine Menge neuer Arbeitsplätze liefern soll. Dieser Gedanke ist ernst zu nehmen, weil notwendig, nur hat er den Haken, daß niemand ihn finanzieren kann und will; denn Industrien dieser Art sind nicht – noch nicht – profitträchtig. Ihre Produkte lassen sich auf dem Markt nicht verkaufen. Ihr einziger Abnehmer, der Staat, ist arm wie eine Kirchenmaus.

Die Lösung des Problems liegt in einer anderen, unerwarteten, vielen sehr unangenehm erscheinenden Richtung: allein die *Maximierung der Arbeitslosigkeit* bei gleichzeitiger *Vermehrung des Staatsreichtums* kann uns das Problem der Arbeitslosigkeit vom Halse schaffen. Es ist der Weg nach vorn, der zu gehen ist, nicht der Weg zurück mit seinen ewig gleichen Nöten und Hindernissen, beklebt mit kleinen Pflästerchen, die doch keine der großen Wunden heilen und sie nicht einmal notdürftig verdecken.

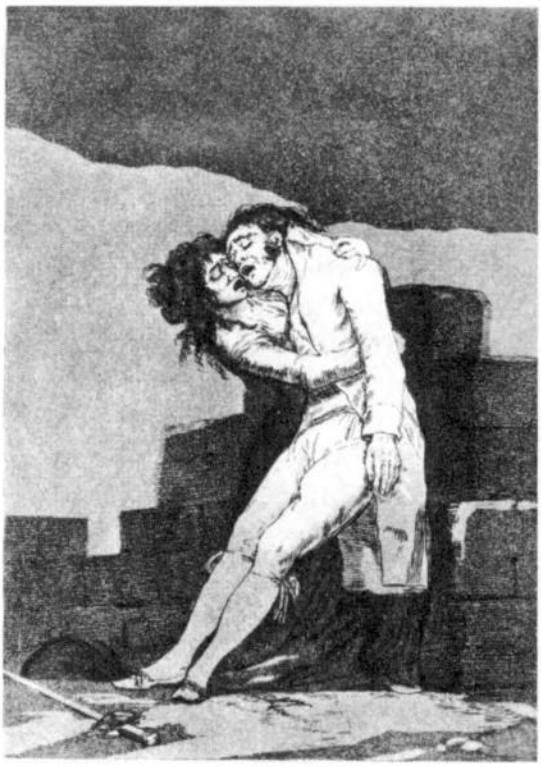
Bevor wir diese Lösung skizzieren, soll ein Vorgang ins Gedächtnis gerufen werden, der sich Anfang der achtziger Jahre in Deutschland abspielte, als die Wende vollzogen wurde, die elegante Pirouette der Parteien aus einer Ausgangsstellung in die gleiche Endstellung, wirtschaftlich gesehen. Damals ging ein Ausspruch der vereinigten Industriekapitäne durch die Presse, der von den wenigsten in seiner Unverfrorenheit und Borniertheit erkannt und verstanden wurde und deshalb rasch dem Vergessen

anheimfiel, der aber den Ausgang der politischen Pseudoumwälzung nachhaltig beeinflußte. Es war das (dreiste) Wort von der »Investitionsverweigerung« im Falle des Sieges der Sozialdemokraten oder der Fortführung der sozialliberalen Koalition. Verwunderlich ist nur, daß die Sozialliberalen sich in die Ecke gedrängt fühlten und aufgaben, anstatt das Wort zu übernehmen und ihrerseits die »Subventionsverweigerung« anzukündigen.

»Subventionsverweigerung« ist ein strenges Wort. Sie kann sich nicht auf alles, was subventioniert wird, gleichermaßen beziehen. Es gibt Dinge, die ein Staat zu bestimmten Zeiten zu subventionieren hat, um für soziale Gerechtigkeit Sorge zu tragen. Aber die ungeheuren Summen, die der Staat der Wirtschaft jährlich als Investitionshilfe zur Verfügung stellt, haben nichts zu tun mit jener sozial notwendigen Art von Subventionen. *Die Aufforderung lautet nun, diese Art von Subventionen ersatzlos zu streichen.*

Die folgerichtige Antwort der Wirtschaft auf die Subventionsverweigerung sind Massenentlassungen; sie allein garantieren das weitere Funktionieren der Wirtschaft. Gegen sie sind die Gewerkschaften machtlos. Darum ist die Konsequenz der Subventionsverweigerung die *Maximierung der Arbeitslosigkeit.* Und sie muß in Kauf genommen werden. In gewissen Industriezweigen wartet die Wirtschaft geradezu darauf, die überflüssigen Arbeitnehmer loszuwerden, um ihre Profitspanne zu vergrößern. Allerdings geht die Wirtschaft niemals so weit, mehr Arbeitnehmer zu entlassen, als für die Erhaltung ihrer Produktionsfähigkeit gut ist. Man darf deshalb damit rechnen, daß der Aderlaß der Massenentlassungen keinesfalls zum Absinken der Produktivität führt, sondern durch die Anregung zur lange überfälligen Innovation eine zusätzliche Effizienzsteigerung bewirkt. Investitionshilfe und Subvention seitens des Staates sind zur Zeit geradezu innovationshemmend. Die Massenentlassung wird der Wirtschaft wie eine Badekur bekommen. Aber sie transformiert unsere Vollbeschäftigten- in eine Arbeitslosengesellschaft.

Die scheinbar negative Seite des Vorschlags hängt mit der Kaufkraft einer



Arbeitslosengesellschaft zusammen. Nach gängigem Rezept der freien marktwirtschaftlichen Gesellschaft erhält ein Arbeitnehmer Geld nur für geleistete Arbeit, und die an die Arbeitslosen gezahlten Beträge berechnen sich aus den von ihnen eingezahlten Versicherungsbeiträgen, sind also selbst verdientes Geld und keineswegs geschenkt, wie eine weitverbreitete Meinung glauben machen möchte. Da zu erwarten ist, daß die Arbeitslosigkeit nach vorsichtigen, aber wahrscheinlich realistischen Schätzungen auf etwa 30 Prozent steigen würde, fiele bei Zugrundelegung des gängigen Prinzips eine derartige Gesellschaft in die Verelendung; denn die ein-

gezahlten Versicherungsbeträge reichten nicht aus, ein Drittel der Bevölkerung zu bezahlen; damit ginge jedoch die Kaufkraft zurück, der Absatz sänke, und die Produktionsziffern fielen.

Diese bekannte Rückkopplung, die während Krisen zyklisch wiederkehrt, ist jedoch an das traditionelle Prinzip der Investition und der Bezahlung der Arbeitslosen gebunden. In der entwikkelten Industriegesellschaft sollte dieses Prinzip, das den Charakter eines Dogmas angenommen hat, durchbrochen werden können. Der Staat, der die Wirtschaft nicht mehr subventioniert und keine Investitionshilfe leistet, behält das eingesparte Geld zurück, kann es einerseits selbst gewinnbringend anlegen, andererseits zur Finanzierung der neu anfallenden Arbeitslosigkeit verwenden.

Es ist ein interessantes ökonomisches Rechenexempel, die Wirtschaftlichkeit eines solchen Modells zu ermitteln. Von insgesamt 61 Millionen Bundesbürgern sind ca. 25 Millionen erwerbstätig und 2 Millionen arbeitslos bei einer etwa gleichen Zahl von Sozialhilfeempfängern. Rechnen wir mit 30 Prozent Arbeitslosigkeit und runden diese Ziffern auf, so langen wir bei etwa 9 bis 10 Millionen Arbeitslosen an. Das mittlere Nettomonatseinkommen beläuft sich auf 2000 Mark, bei 13 Monatslöhnen im Jahr ergibt das ein Jahreseinkommen von netto 26 000 Mark. Legt man diese Ziffer zugrunde, so müssen zur vollen Entschädigung der Arbeitslosen ca. 260 Milliarden Mark im Jahr aufgebracht werden.

Die in den Statistiken ausgewiesenen direkten Subventionen an die Wirtschaft betragen ungefähr 30 Milliarden Mark. Sie enthalten keine Steuervergünstigungen, sondern allein die an die Industrie abgegebenen Mittel, sind also ein Minimalwert. Der durch Vergünstigungen in der Industrie verbleibende Betrag läßt sich nicht leicht feststellen. Er liegt mit Sicherheit sehr viel höher. Aber begnügen wir uns mit dem genannten Wert. Er beträgt etwa 10 Prozent der Summe, die zur Bezahlung der Arbeitslosen benötigt wird. Damit scheint das Modell abgetan. Aber die angestellte Rechnung ist naiv und entspricht nicht den Realitäten. Entspräche die Subvention von nur 30 Mrd Mark im Jahr dem tatsächlichen Gewinn, so entließe die Wirtschaft nur ein Prozent der Beschäftigten zusätzlich – eine Zahl, die bereits heute verkraftet werden könnte. Die Massenentlassungen erfolgen nur unter der Bedingung, daß die Wirtschaft keine Gewinneinbuße erleidet. Der Fehler der obigen Rechnung liegt deshalb in der Gleichsetzung von Gewinn und Subventionssumme. Die einfache Hinnahme der Massenentlassung und die Abwälzung ihrer Kosten auf den Staat käme einem Nettogeschenk an die Wirtschaft gleich, dessen Höhe sich aus dem Bruttoverdienst der Arbeitnehmer minus Subventionssumme und zuzüglich der verschiedenen Arbeitgeberbeiträge etwa zur Krankenkasse und zur Altersversorgung errechnet. Letztere liegen in der Größenordnung der Subventionssumme, wiegen diese also ungefähr auf. Mit durchschnittlich 25 Prozent Steuerleistung je Arbeitnehmer beliefe sich damit die Höhe des Geldgeschenks an die Wirtschaft auf rund 320 Mrd Mark bei weiterhin gleichbleibender Produktivität und Gewinnspanne. Es gibt keinen Grund, der Wirtschaft dieses Geschenk in voller Höhe zu lassen. Womit hätte sie es verdient, etwa mit der Drohung der Investitionsverweigerung, die in diesem Zusammenhang lächerlich dürftig erscheint?

Der einfachste Weg ist die direkte Besteuerung dieser Gewinnsumme. Mit einem Steuersatz von 55 Prozent ergäbe dieses Verfahren die Summe von 167 Mrd Mark, und die Wirtschaft hätte immer noch einen unverdienten Direktge-

winn von 152 Mrd Mark jährlich. Die dem Staat zur Verfügung stehende jährlich Summe von rund 200 Mrd Mark wäre dann zwar immer noch zu klein, um voll für das Nettoeinkommen der Arbeitslosen aufzukommen, deckte aber bereits 80 Prozent derselben ab, einen Satz, der höher liegt als das Arbeitslosengeld, das zur Zeit aus den Versicherungsbeiträgen gezahlt wird. Mit diesem Grundstock ergäbe sich entweder die Alternative, das Arbeitslosengeld auf 80 Prozent festzulegen oder einen Modus zu finden, der die Verdienstspanne der Industrie um die fehlenden 20 Prozent herabsetzt. Theoretisch gesehen wäre das recht und billig, denn es steht zu erwarten, daß die Wirtschaft in Zukunft

ihre Produktivität mit der verminderten Zahl an Arbeitskräften erhöhen wird. Dann liegt es aber in ihrem eigenen Interesse, die Kaufkraft der beschäftigungslosen Bevölkerung zu erhalten, um keinen empfindlichen Marktverlust zu erleiden. Inwieweit die Wirtschaft politisch kooperatives Denken erlernen kann, läßt sich nicht vorhersagen. Die historischen Erfahrungen in Deutschland sind eher negativ. Erlernt sie es nicht, so ist der Staat aufgerufen, sein Steuerrecht neu zu überdenken und etwa für Entlassungen Steuern in Höhe des Bruttoverdienstes je entlassenen Arbeitnehmer für unbegrenzte Zeit zu erheben.

Neben dem ökonomischen das vielleicht wichtigste Problem der Arbeitslosigkeit ist der soziale Status des Arbeitslosen und seine Furcht, aus der normalen Gesellschaft herauszufallen. Die Situation ändert sich grundlegend bei der durch Subventionsverweigerung provozierten Massenarbeitslosigkeit. Erstens besteht für den Arbeitslosen bei unbegrenzter Zahlung der Unterstützung keine Veranlassung zur Furcht davor, ein Sozialfall zu werden. Zweitens macht die Arbeitslosigkeit heutigen Umfangs mit einer Quote von nur einigen Prozent den Arbeitslosen zum Angehörigen einer Minderheit, ausgesetzt der Diskriminierung durch die arbeitende Mehrheit. Bei einer Quote von 30 Prozent jedoch schlägt die Qualität um. Aus der Minderheit wird ein hoher Bevölkerungsanteil. Jeder hat damit zu rechnen, über kurz oder lang zu ihm hinzugeschlagen zu werden. Das befreit den Arbeitslosen vom Anstrich des Außenseiters, Arbeitsscheuen, latent Kriminellen. Er lernt, sich selbst nicht als einen Untergeordneten zu empfinden. Er zieht sich nicht in die Nischen des gesellschaftlichen Lebens zurück, sondern nimmt weiterhin an ihm teil. Die noch Beschäftigten hören auf, ihn als Parasiten zu betrachten, der das von ihnen erarbeitete Geld verpraßt. Genau in diesem Sinne geht Arbeit von dem Zwang zum bezahlten Broterwerb über in die freiwillige Tätigkeit der Produktion von Gütern, die gesellschaftsnotwendig sind. Die Verlockung, aus der Arbeit auszusteigen, wird die Industrie zur verstärkten Innovation und damit zur wachsenden Einsparung von Arbeitskräften anhalten.

Andererseits kommt die Suche der Nicht-Beschäftigten nach Betätigung der Notwendigkeit entgegen, von der Wirtschaft nicht unterstützte, weil nicht profitträchtige Industrien zu organisieren.

Solche Industrien zielen unter anderem und vordringlich auf die Sanierung der Umwelt. Man kann zur Gewinnung von Arbeitskräften daran denken, die Zahlung der staatlichen Unterstützung von der zeitlich begrenzten Tätigkeit in diesem Bereich abhängig zu machen. Geht er in profitträchtige Industrie über, so kann der Staat sein altbewährtes Rezept verfolgen und die einmal aufgebaute Industrie in effizientere und besteuerbare Privathand überleiten.

Das Resultat der skizzierten ökonomischen Veränderung ähnelt der von den Futurologen einstmals entworfenen Freizeitgesellschaft, zu der es niemals gekommen ist, weil sie nicht im Selbstlauf aus einem durch den Arbeitskampf regulierten Kapitalismus entstehen konnte. Zuerst muß der Arbeitskampf beendet sein, ehe sich überhaupt an Freizeit denken läßt. Staatlich bezahlte Arbeitslosigkeit erst liefert den Grundstock zum Aufbau dieser Art von Gesellschaft, und gleichzeitig gibt sie die Möglichkeit für sinnvolle Betätigungen, die nicht nur das von den Futurologen vorhergesagte und befürchtete Totschlagen von Zeit sind.

Die Maximierung der Arbeitslosigkeit transformiert die bisherige in eine Arbeitslosengesellschaft, die später in eine Freizeitgesellschaft übergehen kann. Vorläufig aber stehen wir uns selbst mit unseren in vielfältigen Formen organisierten Anschauungen im Wege. Es wird sehr schwierig sein, diese Organisationen von den Vorteilen der maximierten Arbeitslosigkeit zu überzeugen. Eingefahrene Gedankengänge und Ideologien lassen sich nur schwer bewegen. Vorhersehbar ist der Widerstand nicht nur der Industrie, sondern vor allem der Gewerkschaften. Sie, die seit einem Jahrhundert den Arbeitskampf auf ihre Fahnen geschrieben haben, werden in der Gesellschaft mit maximierter Arbeitslosigkeit die ihnen angestammte Rolle verlieren. Ihre Chance wäre in der neu anvisierten Form der Gesellschaft, die Verteilung der Arbeit zu übernehmen, dem Staat als Kontrollorgan zur Seite zu stehen und die Arbeit in ihrer transformierten Form zu organisieren. Nur wenn sie diese Rolle als Organisator der Arbeit und damit der Gesellschaft wahrnehmen wollen, können sie als positive Kraft in der Geschichte der menschlichen Gesellschaft weiterwirken, anstatt, wie bisher noch jede Organisation, nach einer Phase der Progressivität in die Starrheit der Reaktion und des Festhaltens an Ideologien zurückzufallen und aus der Geschichte auszuscheiden. Ganz ähnliche Überlegungen gelten für die Vereinigung der Arbeitgeber. Welchen Weg sie alle wählen werden, das liegt ganz bei ihnen selbst. Jedenfalls ist der Weg des forcierten Arbeitskampfes und der Erhaltung der Arbeitsplätze um jeden Preis nicht derjenige, auf dem die Zeit in die Zukunft voranschreitet, sollte es überhaupt noch eine Zukunft für die menschliche Gesellschaft und die Marktwirtschaft im speziellen geben und nicht alles in einer diktatorisch regulierten und ineffektiven Planwirtschaft enden.

Rudolf von Woldeck

Die Russen kommen

Es ist schon verblüffend: alle reden darüber und keiner merkt was. Monat für Monat sickern – doch was heißt hier sikkern: strömen! – etwa zwanzigtausend Ostblockbewohner in die Bundesrepublik ein, *um hier zu bleiben,* wohlgemerkt, bringen von der Arbeitslosen-Statistik bis zum Wohnungsmarkt alles durcheinander – und wie reagiert das also bedrohte Gemeinwesen? Erkennen wir die Gefahr, stellen wir uns ihr mannhaft entgegen, errichten wir Deiche gegen die Flut aus dem Osten? Nichts da. Statt dessen ergeht sich die Republik in sentimentaler Nostalgie. Kirchen und Parteien erinnern uns an die Bewährungsprobe der heldischen Nachkriegszeit, Vertriebenenfunktionäre holen ihre verschlissenen Fahnen wieder hervor, Blutsbande werden beschworen, an unsere Brüderlichkeit wird appelliert, Sondermittel werden bereitgestellt und Sprachkurse eingerichtet.

Denn was da aus dem sozialistischen Lager auf uns zukommt, das sind mitnichten jene *Asylanten,* von denen wir bekanntlich kaum noch einen in unserem überbevölkerten Territorium unterbringen können, sondern es sind *Aussiedler,* noch dazu *deutschstämmige.* Nur wenige Wochen vor seinem Hinscheiden hat uns der inzwischen verewigte bayerische Ministerpräsident wissen lassen: »Sie sind Deutsche, die unter Deutschen leben wollen, ihnen gehört unsere uneingeschränkte Solidarität. Sie sind unsere Mitbürger ohne Wenn und Aber.«

Über die Toten nichts Schlechtes, aber in Richtung Osten war der teure Verblichene schon seit längerem etwas unglaubwürdig. Spätestens nachdem er der DDR still und heimlich einen Milliardenkredit zugeschoben hatte, wußte man ja, was von seinen stramm antikommunistischen Sprüchen zu halten war. Urgestein hin, *edler statesman* her: der Mann war groß auch in seinen Irrtümern, und der zitierte hat beträchtliche Dimensionen. Für 1988 erwartet man zweihunderttausend Aussiedler, die Schätzungen für die nächsten Jahre schwanken zwischen sechshunderttausend und 1,4 Millionen. Rechnet man die bekannte Tendenz offizieller und offiziöser Stellen ein, Gefahren für das Gemeinwesen erst einmal zu verharmlosen und herunterzuspielen, könnte sich das Ausmaß dieser Völkerwanderung leicht verdoppeln bis verdreifachen. Das Potential jedenfalls ist vorhanden.

In der Sowjetunion leben zwei Millionen Auslandsdeutsche, in der Volksrepublik Polen eine dreiviertel und in Rumänien eine knappe Viertel-Million.

Das ist der Stand von heute: von den Rumäniendeutschen weiß man, daß kaum eine Familie weniger als fünf Kinder aufweist, der Nachwuchs-Durchschnitt bei den Wolgadeutschen ist an-

geblich fast doppelt so hoch. Drei Millionen vermehrungswillige Menschen also in den östlichen Bereitstellungsräumen, ein Drittel bis die Hälfte von ihnen offenbar bereit, sich lieber heute als morgen in Marsch zu setzen in eine Bundesrepublik, die das, was ihr da als nationale Gefahr droht, als nationale Aufgabe mißzuverstehen sich angestrengt bemüht.

Die Vergleiche mit den Flüchtlings-Trecks am und nach dem Ende des

Zweiten Weltkriegs halten nicht einmal ansatzweise einer kritischen Nachprüfung stand. Damals sind die Menschen entweder vor der rückwärts rollenden Front geflohen oder von den jeweiligen Siegern zwangs-ausgesiedelt worden. Seither sind mehr als vier Jahrzehnte in vollem Frieden vergangen – und jetzt wollen alle auf einmal *freiwillig* »heim ins Reich«. Verblüfft wirklich niemand der Zeitpunkt, zu dem diese neue Heimatliebe ausgebrochen ist?

Bei den Rumäniendeutschen läßt es sich ja noch am ehesten begreifen, daß sie vor dem großen Bauernlegen des Conducator Ceauşescu fliehen – aber ausgerechnet in ein Land, in dem das Kleinbauernsterben so gut wie abgeschlossen ist und in den Satellitenstädten all die zementenen Neubau-Kasernen schon stehen, in die sich die Siebenbürger Sachsen, die Banater und Sathmarer Schwaben daheim nicht pferchen lassen wollen? In Polen hat jüngst eine seit nahezu sieben Jahren verbotene und verfolgte Gewerkschaft eine unfähige Regierung zum Rücktritt gezwungen – etwas, wovon die in der Bundesrepublik seit Jahrzehnten zugelassenen Gewerkschaften nicht einmal träumen können.

Und in der glorreichen Sowjetunion selbst? Herrscht da nicht als Generalsekretär (und neuerdings Staatspräsident) der aufgeklärteste Reform-Zar, den das Land je hatte? Kommandiert der nicht seinen KGB-Chef ab, damit jener die Rechtsstaatlichkeit vorbereite und in bekannter Effizienz einführe? Läßt er nicht auf einen Streich zwei neue Zeitungen herausbringen, um Partei und Regierung dem Volk transparenter zu machen – während die Machenschaften bundesdeutscher Politiker immer noch zögernd und mühsam von einer ›linken Kampfpresse‹ ans Licht gebracht werden oder in Westberlin die Pressefreiheit ›am Tatort‹ schon mal hinter dem staatlichen Gewaltmonopol zurückstehen muß? Was verlockt die Leute also? Oder sind es wirklich nur die letzten Stalinisten, die da vor Glasnost und Perestroika reißaus nehmen?

Man verläßt Verhältnisse und Orte, wenn sie stagnieren, nicht in einer Periode des Um- und Aufbruchs. Es sei denn, man bekäme einen *Auftrag*. Die Methoden des sozialistischen Lagers, mit der kapitalistischen Konkurrenz fertig zu werden, haben versagt. Der friedliche Wettbewerb war nicht zu gewin-

nen, daß ein Krieg es auch nicht wäre, hat sich mittlerweile herumgesprochen. Sollte sich da wirklich niemand der alten kommunistischen Technik des *Unterwanderns* erinnert haben?

Zwar werden unsere neuen Mitbürger – wenn sie sich in den Lagern nicht gerade gegenseitig in gebrochenem Deutsch als »Russkis« oder »Polacken« beschimpfen – nicht müde, in die laufenden Fernsehkameras und die vorgehaltenen Radiomikrophone hinein zu versichern, wie glücklich sie im »Vaterland« seien, und kräftig auf den Kommunismus zu schimpfen. Bei Testwahlen votieren sie zu über achtzig Prozent für die Unionsparteien, Grüne und Sozialdemokraten landen unter *ferner liefen.* Ach ja. Gab es nicht mal einen DDR-Spion im Kanzleramt? Wo hatte der sich angesiedelt? Am *rechten Rand* der SPD...

Nein, ich werde den Verdacht nicht los. Wenn er sich beweisen lassen wird, wird es allerdings – am Tage X – zu spät sein. Immerhin gibt es Indizien. Am Rande eines internationalen Schriftstellerkongresses wurde neulich ein sowjetischer Kollege gefragt, wie die Sowjetunion eigentlich mit ihrer Nomenklatura fertig werden wolle, jenem unproduktiven 18-Millionen-Heer von Apparatschiks, die immer noch Glasnost vernebeln und die Perestroika bremsen. Die müßten, erzählte unser russischer Gast, jetzt alle westliche Fremdsprachen lernen und später in die entsprechenden Länder auswandern. In absehbarer Zeit würden sie dort die jeweiligen Volkswirtschaften zusammenbrechen lassen; »denn unsere«, schloß er augenzwinkernd, »haben sie ja schon ruiniert«.

An dem anschließenden allgemeinen Gelächter der Tischrunde habe ich mich nicht beteiligt. Was die Bundesrepublik angeht, ist das Programm bereits in vollem Gange. Wir zahlen ja auch die Sprachkurse selbst.

Yaak Karsunke

Teure Freiheit

Die Politik der DDR gegenüber ihren unbotmäßigen Bevölkerungsteilen ähnelt einem langandauernden Aprilwetter: in kurzen Abständen wechselnd, unvorhersehbar, extreme Schwankungen produzierend. Mal werden Ausreisewillige blockweise verhaftet, mal wird ihren Wünschen ungewöhnlich schnell entsprochen. Öffentlich Protestierende erhalten überraschend freie Reisemög-

lichkeiten – mit garantierter Rückkehr –, dann wieder berichten harmlose Kirchgänger von demonstrativer polizeilicher Belästigung. Wie bei dem berüchtigten Monat scheint sich auch hier eine Umbruchszeit anzubahnen, wo alte und neue Tendenzen um den entscheidenden Einfluß ringen. Als nicht-mehr-Winter und noch-nicht-Frühling wäre sie so verständlich, diese Mischung aus politischem Tauwetter und kaltem Bürgerkrieg.

Zumindest der Westen bevorzugt heute

diese Interpretation. Man hofft hier auf neue warme Winde aus dem weiteren Osten und bemüht sich derweil, die vermuteten zarten Knospen der Freiheit im politischen System der DDR zu pflegen und zu schützen. Daß es übrigens besonders die Ecke der früheren kalten Krieger ist, die dergleichen propagiert, sollte weder verwundern noch zu falscher Hoffnung verleiten. Das hat sehr viel zu tun mit der politischen Großwetterlage, vor allem dem ausgedehnten atlantischen Tief, und vermag sich rasch wieder zu ändern.

Doch scheint die DDR kein schlechter Kandidat für osteuropäische Auflockerungsbemühungen zu sein. Ihre letzten größeren inneren Unruhen – die Ereignisse des 17. Juni – liegen weiter zurück als vergleichbare Aufstände in Ungarn, Polen, der Tschechoslowakei. Der Lebensstandard ist der höchste im Comecon, es gibt also finanziellen Spielraum für soziale Experimente. Nach aller Erfahrung wächst in einer solchen Situation auch das Interesse der Bevölkerung an post-materiellen Verbesserungen. Schließlich scheinen die bisherigen Ergebnisse der Erleichterungen von Westreisen, vor allem im Rahmen der Familienzusammenführung, durchaus eine weitgehende Liberalisierung zu erlauben.

Das wird nicht geschehen. Und schuld daran ist weniger die Unfähigkeit einer verkrusteten Politbüro-Mehrheit, neue Flexibilität zuzulassen, schuld ist vielmehr das Verhalten der Bundesrepublik, das freizügige Versuche nicht gestattet. Genauer ausgedrückt: das größte Hindernis ist unser Rechtsverständnis mit dem Bundesverfassungsgericht als oberster Instanz, das gebietet, jeden DDR-Bürger aufzunehmen und ihm automatisch die westdeutsche Staatsbürgerschaft zuzuerkennen. Entsprechend vorsichtig muß die Ostberliner Führung sich vorantasten, will sie nicht riskieren, daß bei einer weitgehenden Öffnung der Grenzen ihr gerade die fähigsten und bestausgebildeten Leute zuhauf den Rücken kehren.

Denn ausgerechnet die sind am gefährdetsten. Es gibt im Lebensstandard nicht nur einen allgemeinen Niveauunterschied zwischen den beiden deutschen Staaten, es gibt ihn besonders deutlich bei den Einkommensmöglichkeiten für Berufsgruppen der technisch-wissenschaftlichen Intelligenz wie Ärzten, Technikern, Ingenieuren. Die Betonung dieses materiellen Aspekts bedeutet keine Mißachtung des manifesten Wunsches der DDR-Bevölkerung nach mehr politischer Offenheit und Mitwirkung. Daß aber auch das Streben nach Verbesserung der eigenen Einkommenssituation als legitim zu gelten hat, sollte am allerwenigsten von einer Gesellschaft wie der unsrigen, deren offizielles Credo es schließlich ist, bestritten werden.

Die Bundesregierung kennt die Sogwirkung eines Wohlstandsgefälles genau. Als vor einiger Zeit die Türkei auf die Erfüllung der ihr bereits vertraglich zugesicherten Rechte aus dem bald in Kraft tretenden Assoziierungsabkommen mit der Europäischen Gemeinschaft drängte, schrillten in Bonn die Alarmglocken. Denn darin enthalten war auch ein Niederlassungsrecht für türkische Staatsbürger, vereinbart schon vor vielen Jahren unter damals besseren ökonomischen Bedingungen. Es bedurfte eines erheblichen Aufwandes und wohl auch größerer Aufwendungen, um die Regierung in Ankara von dieser Klausel wieder abzubringen. Und kein hiesiger Politiker empfahl dem Staat am Bosporus – wie das gegenüber der DDR üblich ist –, er möge doch mehr Meinungsfreiheit zulassen, dann bliebe das Staatsvolk schon auf heimatlicher Scholle.

Man kann durchaus daran zweifeln, daß

es der Bundesregierung im Moment genehm wäre, eine große Zahl Ausreisewilliger aus der DDR aufzunehmen. Zu schlecht sind selbst für Hochqualifizierte die gegenwärtigen Arbeitsmarktchancen. Für Ostberlin aber wäre ein solcher Aderlaß immer Verlust, und dessen Dimensionen können gewaltig sein. Schon einmal hat die DDR diesen »brain drain« erleben müssen, bis sie mit dem Bau der Mauer die Notbremse zog. Auf etwa 30 Milliarden Mark schätzen Wirtschaftshistoriker den Wert der Ausbildung, der in den fünfziger Jahren durch Übersiedlung in den Westen transferiert wurde. Und der hier einiges zum Wirtschaftsaufschwung beitragen konnte. Zum Vergleich: ganze 1,5 Milliarden Dollar machte der Umfang des vielgerühmten Marshallplans aus. Was bei uns hochwillkommen war, bedeutete für die andere Seite die Beinahe-Katastrophe. Obwohl die DDR relativ fast doppelt so viele Ingenieure ausbildete wie die Bundesrepublik, war dort vor dem Mauerbau der Anteil dieser für einen Aufbau besonders wichtigen Berufsgruppe an den Beschäftigten auf nur etwa ein Viertel des hiesigen Standards gefallen.

Wenn also Bonn aus juristischen Motiven und Ostberlin aus materiellen Gründen den Status quo nicht zu verändern wissen, dann scheint eine Lösung schwierig. Oder umgekehrt, sie wird nur im Ausnutzen dieses Unterschieds der Begründung zu finden sein. Die DDR könnte nämlich unsere völkerrechtlich etwas exotische Position, daß ihre abtrünnigen Bürger hier ohne Prüfungsverfahren aufgenommen werden, durchaus tolerieren, wenn wir dafür akzeptierten, daß für eine entgangene Nutzung vorfinanzierten Humankapitals Kompensation zu leisten ist.

Wie in Analysen von Staatswissenschaftlern bereits durchaus üblich, würde dazu der Staat Deutsche Demokratische Republik formal aufgeteilt in

einen politischen Herrschaftsverband und eine Finanzkorporation, die wiederum mehrere Aufgaben hat. Eine davon ist die Finanzierung von Bildung und Ausbildung vor der Aufnahme von Erwerbstätigkeit; eine andere das lebenszeitliche Pendant dazu, die Garantie der Altersrente. Wie in einem Kreditverein auf Gegenseitigkeit wäre jeder DDR-Bürger am Anfang seines Arbeitslebens mit einer Summe an Bildungskosten belastet, die er Jahr für Jahr abstottert, während er zugleich sein Rentenkonto langsam auffüllt. Die Saldierung beider Positionen ergibt seine Nettoverpflichtung, die je nach Alter positiv oder negativ sein kann. Um willkürlichen Verwerfungen in der Erwerbsbiographie – etwa durch Berufsverbote aus politischen Gründen – den möglichen Einfluß zu nehmen, könnte die Berechnung auch typisiert werden, d. h. statt der wirklichen individuellen Leistung würde der übliche Verlauf einer jeden Berufsgruppe und Alterskohorte zugrundegelegt.

Das Verfahren käme praktisch erst dann zum Zuge, wenn ein Visum zu einer Westreise beantragt würde. Mit den normalen Einschränkungen – etwa bei Militärpersonal, wie es sie auch in der NATO gibt – könnte der Reisepaß von den DDR-Behörden stets ausgestellt werden, wenn zuvor vom Antragsteller ein zivilrechtlich bindender Revers unterschrieben würde, der die eventuell noch bestehende finanzielle Verpflichtung gegenüber der staatlichen Finanzkorporation akzeptiert. Wenn dann jemand über den Ablauf des Visums hinaus im Westen bliebe und die Aufnahme in die Staatsbürgerschaft der Bundesrepublik beantragte, würde die kontrahierte Summe fällig werden.

Ein neuer Grundlagenvertrag zwischen den beiden deutschen Staaten hätte das nähere Procedere zu regeln. Die Bundesregierung müßte darin das Institut des Schuldscheins prinzipiell anerkennen, im Interesse der Übersiedlungswilligen aber die Berechnungsformel festschreiben lassen und ein akzeptables Ratenzahlungsverfahren für die noch zu leistenden Verpflichtungen aushandeln. Im Gegenzug hätte sie die Mitwirkung ihres Justizapparats inklusive Gerichtsvollzieher und Lohnpfändung bei Entzugsversuchen zu garantieren. Es bliebe der Bundesrepublik selbstverständlich unbenommen, ihren neugewonnenen Staatsbürgern finanziell unter die Arme zu greifen und ihnen durch Beihilfen und Steuervergünstigungen das Tragen dieser Bürde etwas zu erleichtern. Schließlich wären wir hier die Nutznießer, erhielten qualifizierte Arbeitskräfte, ohne sie erst teuer ausbilden zu müssen. Aber anstatt wie heute Pauschalsummen für alle und jede auszulegen, würden dann Gelder wenigstens in Relation zur Leistungsfähigkeit gezahlt werden.

Die DDR wiederum könnte eine ganze Reihe von Vorteilen verbuchen. Die freie Gewährung von Visa würde ihr nicht nur die auf jeden Fall zur Aussiedlung Entschlossenen schnell vom Halse schaffen, sie würde auch viel von dem Protestpotential auflösen, das daraus entsteht, daß alle Reisemöglichkeiten so kleinlich beschnitten sind, obwohl doch die allermeisten gar nicht »republikflüchtig« werden, sondern nur mal diesen oder jenen Teil West-, Süd- oder

Nordeuropas sehen wollen. Auch aus finanziellen Gründen – wie es der SED-Vorsitzende einmal kritisch anmerkte – müßte die Zahl der Auslandsaufenthalte nicht mehr so kurzgehalten werden. Denn die Rückzahlungen der Auswanderer brächten Devisen, die die häufig diagnostizierte Devisenschwäche der DDR abbauen hülfen. Bei einer im Durchschnitt vielleicht fünfstelligen Summe pro Person käme da selbst bei drastisch schrumpfender Anzahl von Auswanderungswilligen einiges zusammen.

Denn natürlich gingen die Ziffern zurück. Die hohe individuelle Schuldenlast wäre eine wirksame Bremse für diejeni-

gen, die tatsächlich allein oder überwiegend aus wirtschaftlichen Gründen das Land wechseln wollen. Nimmt man noch die Arbeitsplatzsicherheit in der DDR und die dort häufig als lebenserleichternd beschriebenen behördlichen Regelungen vieler Alltagsprobleme hinzu, so ergäbe sich eine neue Gewichtung des Pro und Contra – um so mehr, als der Westen inklusive seiner Schattenseiten zuvor probehalber »erfahren« werden könnte und nicht – wie jetzt zumeist – nur auf der Basis von Hörensagen und Fernsehen zum Land der Wahl gemacht würde.

So scheint es, als könnten beide deutschen Staaten mit einer solchen Lösung zufrieden sein. Sie hätten jeweils ihre Positionen bewahrt und doch insoweit eine Verständigung erreicht, als die Mauer, die die Bundesrepublik von der DDR trennt, mehr einer normalen innereuropäischen Grenze ähneln würde. Trotzdem dürfte sich diese Variante so nicht durchsetzen. Sie wäre auch nicht wünschenswert. Denn der Westen würde sich damit völlig abhängig machen von einer jedweden Innenpolitik der DDR. Ostberlin könnte seine kritischen Staatsbürger schurigeln, wie es wollte: Wenn diese dann resigniert das Land verließen, wäre laut dem hier vorausgesetzten Vertrag immer die Rückzahlung der restlichen Ausbildungskosten fällig, eingetrieben von bundesdeutschen Behörden. Ein solches Szenario – nach Belieben auszumalen in seiner ganzen denkbaren Drastik – zeigt, daß die strikte Trennung von Herrschaftsverband und Finanzkorporation doch auch als künstlich anzusehen ist und nicht ohne weiteres zur Grundlage politischen Handelns gemacht werden darf.

Allerdings gibt es einen Ausweg. Das oben vorgeschlagene Abkommen bezieht sich auf den Fall, daß DDR-Bürger nach Ablauf ihres Visums ohne gültige Papiere in der Bundesrepublik bleiben und dann einen westdeutschen Paß anfordern. Sie haben jedoch eine Alternative. Wer sich in der DDR verfolgt fühlt, vielleicht sogar gegen seinen Willen zur Ausreise gedrängt würde, der könnte auch politisches Asyl beantragen. Er verzichtete damit auf das Privileg der hiesigen Staatsbürgerschaft und wäre dafür – bei Anerkennung – von seiner zivilrechtlichen Verpflichtung gegenüber dem DDR-Staat entbunden. Denn schließlich hätte dieser zuerst einen Vertrag gebrochen, einen Paragraphen aus dem Kanon der Menschenrechte verletzt, und hätte dadurch alle weiteren Forderungen an jene Einzelperson verwirkt.

Die DDR muß nicht fürchten, daß solch ein Weg zum breiten Schlupfloch für viele wird, die sich der Zahlung entziehen möchten. Vorausgesetzt ist freilich, daß sie in Abmachungen mit der Bundesrepublik sicherstellen kann, daß Asylanträge ihrer Bürger wie alle anderen behandelt werden: daß also jeder als Einzelfall geprüft wird, daß immer zuerst wirtschaftliche Gründe unterstellt werden, daß ein erhebliches Maß an politisch/polizeilicher Repression bis hin zur körperlichen Mißhandlung als dem Staatsbürger zumutbar gilt. Bis zum Abschluß des vielleicht jahrelangen Verfahrens muß der Asylbewerber in einer Sammelunterkunft leben, die Aufnahme von bezahlter Arbeit ist ihm bekanntlich

verboten, und auch nach erfolgter Anerkennung bleibt immer die Möglichkeit, daß bei offiziell festgestellter Besserung des Klimas im Heimatland die Aufenthaltserlaubnis wieder entzogen wird.
Damit wäre Ausgewogenheit in vielem erreicht. Nach wie vor bliebe die DDR in ihrer inneren Politik autonom. Unbelastet von deutsch-deutschen Querelen, aber unterstützt von einer weit motivierteren Bevölkerung als heute könnten endlich die anstehenden politischen und ökonomischen Reformen in Angriff genommen werden. Der Partei und der Bürokratie wäre jedoch bewußt, daß sie unter faktischer Notwendigkeit handeln. Mehr Druck statt Veränderungen führt zu verstärkten Ausreisen, und trotz finanziellem Ersatz kann dies mit weiteren sozialen Kosten verbunden sein. Zwar ist ein fremdfinanziertes Ausbilden über den unmittelbaren Bedarf hinaus für ein relativ kleines Land wie die DDR durchaus positiv, da dadurch manches Spezialistentum ökonomisch überhaupt erst sinnvoll wird. Aber wenn ein bestimmter Schwellenwert überschritten ist, geht mit einer steigenden Zahl von Umsiedlern auch zu viel von dem Praxiswissen verloren, das so schwer zu vermitteln bleibt. Dann kumulieren sich die Einarbeitungskosten, es potenzieren sich die Fehler aus Unkenntnis. Ein noch weiteres Drehen an der Repressionsschraube würde schließlich sogar zu einem Rückgang der Kompensationszahlungen führen, weil dann immer mehr ausreisende Personen ihre Anerkennung als politische Flüchtlinge durchsetzen könnten. Das Regelwerk käme so einer Selbstbindung der DDR-Führung gleich in Richtung innerer Liberalisierung.
Auch die Bundesrepublik hätte wenig Grund zur Klage. Das Monstrum Mauer begänne sich aufzulösen, ohne daß dies mit einem Verzicht auf grundlegende Positionen erkauft werden mußte. Konservative Kreise dürften sich befriedigt zeigen, daß der Anspruch der Bundesrepublik, als Vaterland allen Deutschen offen zu stehen, nicht aufgegeben wurde, während für andere Genugtuung daraus erwachsen dürfte, daß nicht Menschenrechte geopfert wurden für eine Verständigung von Staatsführung zu Staatsführung. Ökonomen würden begrüßen, daß die Belastung der öffentlichen Haushalte abnähme, aber trotzdem die qualifikationsmäßige Zusammensetzung der Umsiedler sich vermutlich positiv entwickelte. Und ein Extra-Bonbon wäre vielleicht auch noch in der Tüte. Wenn erst sächsische Liedermacher und Thüringer Wissenschaftler in den Massenquartieren der Asylbewerber sitzen, dann könnte das ein Anstoß sein, die inhumanen Seiten des westdeutschen Umgangs mit politisch Verfolgten zu revidieren. Was nicht das unbedeutendste Ergebnis wäre.

Gerd Grözinger

Anmerkungen der Redaktion

Heinrich Heine, aus: »Französische Zustände«, Art. VI, in: *Heines sämtliche Werke* (Hg. Ernst Elster), Leipzig und Wien 1887–90, Bd. 5, S. 95–105.

Bernhard Ruf, geboren 1948, arbeitet als Arzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der II. Medizinischen Klinik des Klinikums Rudolf Virchow, Freie Universität Berlin.

Rolf Rosenbrock, geboren 1945, ist Gesundheitsforscher am Wissenschaftszentrum Berlin und Mitglied der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages »Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung«.

Aids als Chance? ist ein gekürzter und redigierter Auszug aus der SFB-Sendung »Gespräch in 3« vom 24.9.1988 mit dem Titel: »Ich möchte noch kräftig leben. Magdalena Kemper im Gespräch mit einem HIV-positiven Lehrer über Aids und Sexualität«. © Magdalene Kemper.

Reimer Hinrichs, geboren 1949, arbeitet als niedergelassener Nervenarzt und Psychoanalytiker in Berlin.

Gerd Göckenjan, geboren 1946, Medizinsoziologe und Politologe, arbeitet z. Zt. an der Universität Bremen am Sonderforschungsbereich »Statuspassagen«.

Richard J. Evans ist Professor für Europäische Geschichte an der University of East Anglia in Norwich. 1987 erschien von ihm *Death in Hamburg. Society and Politics in the Cholera Years 1830–1910* (Oxford University Press).

Rolf Winau, geboren 1937, Arzt und Historiker, lehrt Medizingeschichte an der Freien Universität Berlin. Zuletzt erschien von ihm *Medizin in Berlin*, Berlin 1987.

Thomas Gorsboth, geboren 1961, lebt in Berlin und arbeitet in Bielefeld über die Geschichte der Berufskrankheiten und der technischen Sicherheit.
Bernd Wagner, geboren 1955, lebt in Bielefeld, promoviert über die Geschichte des Krankenhauses im 19. Jahrhundert.

Joshua Lederbergs Text ist die Niederschrift seines Vortrags auf der Konferenz »In Time of Plague«, die im Januar 1988 in New York stattfand, organisiert von Dr. Arien Mack, Herausgeberin der Zeitschrift *Social Research*. Sein Text wird, ebenso wie die anderen Beiträge zu dieser Konferenz, in der Herbstnummer von *Social Research*, Vol. 55 Nr. 3, erscheinen. Wir bedanken uns für die Vorabdruckgenehmigung.

Wolfgang van den Daele, geb. 1939, ist Mitarbeiter des USP Wissenschaftsforschung an der Universität Bielefeld; sein Arbeitsschwerpunkt: Wissenschaftsentwicklung und gesellschaftlicher Wandel.

Kursbuch 95 **Das Glück** März 1989

Kursbuch 96 **Elemente II: Feuer** Mai 1989

Vorschauen enthält der Beihefter in dieser Ausgabe zwischen den Seiten 32 und 33.

ANDREAS SUCHANTKE
HANS-ULRICH SCHMUTZ
WOLFGANG SCHAD
WOLFGANG FACKLER

Mitte der Erde

Israel im Brennpunkt natur- und kulturgeschichtlicher Entwicklungen.

Herausgegeben von Andreas Suchantke.
517 Seiten mit 103 farbigen und 213 schwarzweißen Abbildungen, Leinen.
Subskriptionspreis bis 31. 1. 1989:
DM 98,–, danach DM 128,–
ISBN 3-7725-0916-9

Inhalt:

Andreas Suchantke
Natur in Israel – Brennpunkt und Synthese weltweiter Einflüsse

Hans Ulrich Schmutz
Zur Geologie Palästinas

Wolfgang Schad
Urgeschichtliches Israel – Schwelle und Durchgangsland der Menschheitsentwicklung

Wolfgang Fackler
Palästina im Schnittpunkt menschheitsgeschichtlicher Entwicklungsströme

VERLAG FREIES GEISTES-LEBEN

Foto: Lauren Bacall and her agent. Aus: Hollywood, Hollywood, Seite 174.
Lesen verführt...
... und informiert Sie über:
Stars & Träume, Gesichter Geschäfte Hollywoods. Auf 288 Seiten präsentiert Dieter Prokop, bekannter Fernsehjournalist, mit über 450 Farb- & Schwarzweißfotos die faszinierende und hintergründige Geschichte der Traumfabrik Hollywood.
HOLLYWOOD HOLLYWOOD
Dieter Prokop
vgs
Hollywood, Hollywood
Großformat (300 mm x 245 mm), gebunden, sehr gute Ausstattung, DM 98,–.
Ab 17.10.88 in Ihrer Buchhandlung!
vgs verlagsgesellschaft
Breite Straße 118/120
5000 Köln 1 · ☎ 02 21/21 96 41

»Sunt verba vulgaria, diese Schweinsmetwörste.«

Vom Wehrturm, der gegen Abend steht, blickte eyn Wachsoldat herunter und rief mit den Händen am Mund. »Wer seydt ihr und was wollt ihr?« Frater Kapuzo stieg von seinem Maulthier herunter und übernahms, im Namen Bellaughs, seynes Herrn, zu sprechen. »Arrivatus est dominus Bellocullus a Kagkalanze! Graffzog von Dreiey! Hieher gekommen cum exercito suo! Um adcipere possessionem de castellum a Tres Testiculis!«
Und der Wachsoldat antwortete ohnverzüglich: »Wenn ihr die Dreieysche Purg wollt, dann geht doch dahin und kommt nicht zu uns, um uns auf den Eyern rumzutanzen! Das hie ist Rebellenpurg, damit das klarr ist. Verzieht euch ganz schnell ganz weyth, wenn ihr nicht wollt, dasz wir euch zu hipschen Schweynsmetwörsten zerkleynern.«
Beym Wort Schweynsmetwörste kommt der Graffzog Bellaugh ans Fenster der Karozze.
»Und wo gibts die Schweynsmetwörste?«
Und Frater Kapuzo: »Sunt verba vulgaria, diese Metwörste, Excellentissimus.«

Der neue Roman von
LUIGI MALERBA
Pataffio

Ein Roman über die Sinnlichkeit, das Fressen
und die Macht des hohlen Bauches:
das Meisterwerk eines modernen Klassikers
der italienischen Literatur.

Aus dem Italienischen von Moshe Kahn
Quartheft 161 240 Seiten, DM 24.80

Erscheint zur Buchmesse – fragen Sie ihren Buchhändler!

Wagenbach

NEUERSCHEINUNG

V. Sigusch/St. Fliegel (Hrsg.)

AIDS

Die Beiträge des nun vorliegenden Bandes versuchen in vielfältiger Form Antworten auf immer drängendere und neu aufgeworfene Fragen zum Thema »Aids« zu geben: provozierende im Hinblick auf vorherrschende gesundheits-, sozial- und rechtspolitische Auffassungen, realistisch aufklärende hinsichtlich der Infektionswege und -möglichkeiten sowie daraus abgeleitet: notwendige Strategien und Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung von Aids. Es soll aufgezeigt werden, wie betroffene und nicht betroffene Menschen auf die Herausforderung durch Aids reagieren und welche psychischen Auswirkungen die HIV-Infektion und die mit ihr betriebene Politik haben. Des weiteren werden Versorgungsmöglichkeiten und Hilfsangebote dargestellt und hinsichtlich ihrer präventiven und kurativen Möglichkeiten, aber auch ihrer Widersprüche und Probleme, diskutiert.

TÜBINGER REIHE Band 9
1988, 96 Seiten, br., DM 15,80

Fordern Sie doch unseren Gesamtprospekt an!

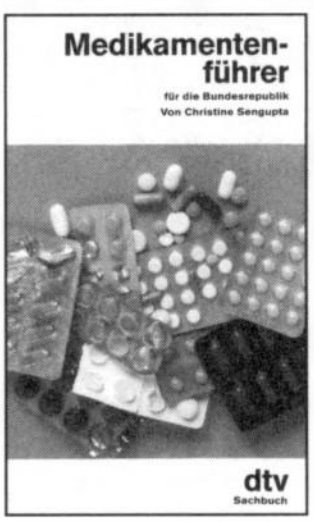
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

dgvt

Belthlestraße 15 · 7400 Tübingen
Postfach 1343 · Tel. (07071) 41211

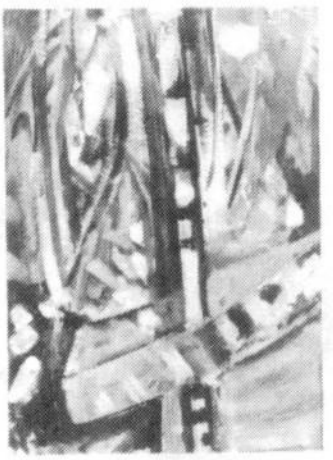
Heilmittel unter der Lupe

Etwa 2000 der gebräuchlichsten Medikamente werden auf ihre (Neben-) Wirkungen untersucht. Mit umfassenden Informationen über die enthaltenen Wirkstoffe und ihre Wechselwirkung mit Nahrungsmitteln und anderen Medikamenten sowie mit ausführlichen Ratschlägen zum bewußten Umgang mit Arzneimitteln.



Christine Sengupta: Medikamentenführer für die Bundesrepublik dtv 10871 DM 19,80

PSYCHISCHES LEIDEN IST KEINE KRANKHEIT



IRRSINN PSYCHIATRIE

Marc Rufer · Zytglogge

Die Medizinalisierung abweichenden Verhaltens durch die Psychiatrie ist ein Irrweg. Sie erlaubt die Ausübung von Gewalt und Zwang und rechtfertigt den immensen Einsatz der extrem gefährlichen Psychopharmaka. So z.B. im Umgang mit Drogenabhängigen.
Marc Rufer fordert die bedingungslose Legalisierung der Drogen.
Er vertritt den Standpunkt, daß der Konsum illegaler Drogen in unserer Gesellschaft erwünscht und toleriert ist.

240 Seiten, 29 DM

Zytglogge

Verlag Bern/Bonn

Cäsariusstr. 17, 5300 Bonn 2,
Tel. 0228/362550

Amelie Fried über Bede-Mariam aus Äthiopien:
"Er war 17 Jahre alt, als er 1974 verhaftet wurde.
Seit 14 Jahren sitzt er unschuldig im Gefängnis.
Bede-Mariam will frei sein!"

amnesty international.
menschen, die helfen. Hilft mit!

ai

Weitere Informationen: amnesty international, Heerstraße 178, 5300 Bonn 1. Spendenkonto: Postgiro Köln 2240 46-502

O.Nr.

Luciano Canfora
Die verschwundene Bibliothek

gebunden, 208 S., DM 32.-

»Ein im Panorama der Altertumswissenschaften ganz und gar ungewöhnliches Buch: mitreißend, leicht zu lesen, ansteckend und nie pedantisch zwischen Krimi und Altphilologie, zwischen einem offenen Roman und einem ausgefeilten historischen Dossier.«

IL MESSAGERO

Christian Geissler
Kamalatta

Romantisches Fragment

gebunden mit Schutzumschlag 552 S., DM 46.-

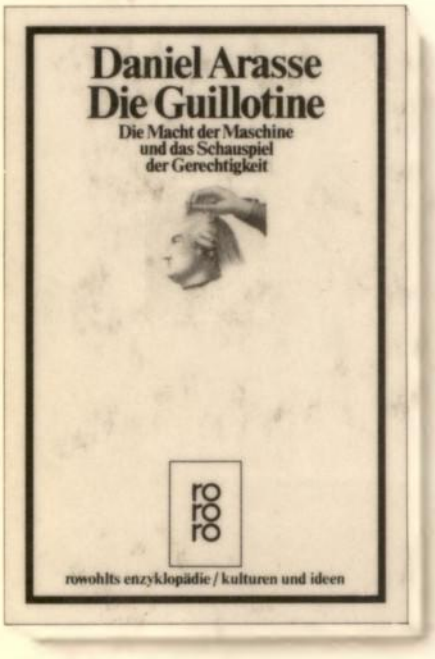
»Es ist in die Zeitgeschichte hineingeschrieben und aus ihr heraus, gegenwärtig, wird in Winzigkeiten aktuell« schrieb Heinrich Böll 1976 zum ersten Buch des Romanzyklus, dessen derzeit letzten Band Christian Geissler nun mit KAMALATTA vorlegt: Erzählt wird die Geschichte einer bewaffneten Aktion, doch gleichzeitig eine weitverzweigte Familiengeschichte, Parteigeschichten, Liebesgeschichten Ost / West, Alt / Jung, Legal / Illegal, Widerstandsgeschichten vom Sterben im Hungerstreik, die Krankheitsgeschichte eines Kindes. KAMALATTA ist ein Text um den wirklich aufgenommenen Kampf.

Rotbuch Verlag Berlin

Neu bei rowohlts enzyklopädie

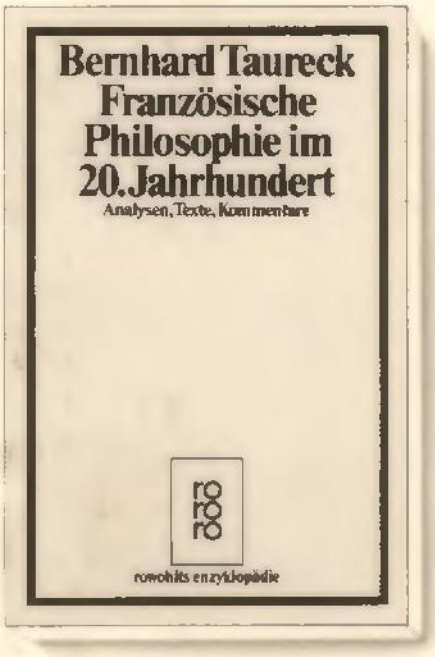
Köpfe rollen und die Gedanken sind rund

Der aufgeklärten Menschheit galt «Die Guillotine» (496 / DM 19,80), das Symbol der französischen Revolution, als sauber und schnell, den Jakobinern wurde sie zum handlichen Werkzeug einer unerbittlichen Gerechtigkeit.



Objektiv und neutral sollte die neue Maschine sein, ein Ausdruck der Vernunft. Der Phantasie war sie dennoch nicht geheuer: Konnte nicht der abgetrennte Kopf noch voller Leben sein? Diese umfassende Untersuchung des Zivilisationsobjektes Guillotine führt tief in die Bewußtseinsgeschichte.

Die französische Philosophie des 20. Jahrhunderts besteht aus vier großen Ereignissen: dem Denken Henri Bergsons, der Existenzphilosophie, dem Strukturalismus und dem sogenannten Poststrukturalismus. Diese durch-



aus verschiedenen Strömungen haben gleichwohl gewisse Themen- und Problemstellungen gemeinsam. Das Buch «Französische Philosophie im 20. Jahrhundert» (481 / DM 17,80) arbeitet sechs solcher Problemkreise heraus.

rowohlts enzyklopädie/ kulturen und ideen die wissenschaftliche Reihe im Taschenbuch